Solicitud de Missouri SuN Bucks (EBT de verano)

IMPORTANTE: Las solicitudes recibidas después del 31 de agosto de 2025 se usarán para determinar la elegibilidad para los beneficios SuN Bucks Verano 2026. Debe completar esta solicitud para recibir SuN Bucks si su hijo asiste a una escuela que ofrece desayuno o almuerzo gratuito para todos los niños. Los niños no necesitan completar una solicitud porque son automáticamente elegibles para recibir SuN Bucks si tienen entre 7 y 17 años y reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o de Asistencia Temporal (TA, por sus siglas en inglés), o están en hogares de acogida, o su escuela determina que no tienen hogar, son migrantes o fugitivos.
Además, los niños que son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares o el Programa de Desayuno Escolar (NSLP/SBP, por sus siglas en inglés) son automáticamente elegibles y no tienen que completar una solicitud. La elegibilidad para recibir SuN Bucks se basa en los estándares de elegibilidad para los programas NSLP/SBP.

Aplicar en línea: healthytogether.co/onboarding/missouri-sun-bucks O enviar el formulario completo a la División de Apoyo Familiar en línea: mydssupload.mo.gov, Correo: División de Apoyo a la Familia, P.O. Box 2700, Jefferson City, MO. 65102, FAX: 573-526-9400. Complete una solicitud por grupo familiar. Utilice un bolígrafo negro. Debe completar toda la solicitud para que sea procesada. Definición de miembro del grupo familiar: Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no son parientes. Si se mudó recientemente o tiene intención de mudarse, deberá solicitar beneficios en el estado donde el niño completará o completó el año escolar inmediatamente anterior a las vacaciones de verano. El período operativo de verano de Missouri SuN Bucks es del 15 de junio de 2025 al 31 de agosto de 2025. Las solicitudes recibidas entre el 1 de julio de 2025 y el 31 de agosto de 2025 se utilizarán para determinar la elegibilidad para los veranos de 2025 y 2026.

PASO 1: Si algún miembro de su gruo familiar recibe SNAP o TA, proporcione el nombre y el número de caso (DCN) o identificador de la persona que recibe los beneficios a continuación:

Apellido, Nombre:	Fecha de nacimiento:	DCN o últimos 4 del SSN (opcional):

PASO 2: Todos los miembros del grupo familiar (adjunte una hoja adicional para más de cuatro miembros del grupo familiar) Indique el nombre del distrito escolar al que asiste el estudiante (por ejemplo, Escuelas Públicas de Springfield), proporcione el nombre del edificio (por ejemplo, Escuela Primaria Beulah Ralph), ciudad y condado de residencia. Usted debe incluirse en primer lugar.

Apellido, Nombre Legal	Fecha de nacimiento	Género (opcional)	DCN o últimos 4 números del seguro social (opcional)	¿El niño...? ❑ Tiene un número de caso de SNAP o TANF (DCN)_____ ❑ No tiene hogar o es migrante ❑ Se encuentra en hogar de acogida ❑ Es fugitivo ❑ Marcar si NO hay ingresos
Distrito escolar		Nombre del edificio escolar		Ciudad / Condado
Apellido, Nombre Legal	Fecha de nacimiento	Género (opcional)	DCN o últimos 4 números del seguro social (opcional)	¿El niño...? ❑ Tiene un número de caso de SNAP o TANF (DCN)_____ ❑ No tiene hogar o es migrante ❑ Se encuentra en hogar de acogida ❑ Es fugitivo ❑ Marcar si NO hay ingresos
Distrito escolar		Nombre del edificio escolar		Ciudad / Condado
Apellido, Nombre Legal	Fecha de nacimiento	Género (opcional)	DCN o últimos 4 números del seguro social (opcional)	¿El niño...? ❑ Tiene un número de caso de SNAP o TANF (DCN)_____ ❑ No tiene hogar o es migrante ❑ Se encuentra en hogar de acogida ❑ Es fugitivo ❑ Marcar si NO hay ingresos
Distrito escolar		Nombre del edificio escolar		Ciudad / Condado
Apellido, Nombre Legal	Fecha de nacimiento	Género (opcional)	DCN o últimos 4 números del seguro social (opcional)	¿El niño...? ❑ Tiene un número de caso de SNAP o TANF (DCN)_____ ❑ No tiene hogar o es migrante ❑ Se encuentra en hogar de acogida ❑ Es fugitivo ❑ Marcar si NO hay ingresos
Distrito escolar		Nombre del edificio escolar		Ciudad / Condado

Paso 3: Informe TODOS los miembros del grupo familiar y los INGRESOS de TODOS los miembros (incluido el ingreso del estudiante): Los ingresos se refieren a dinero que se paga a cualquier miembro del grupo familiar, como los ingresos de un trabajo o los pagos del Seguro Social o de manutención infantil, antes de deducciones e impuestos. * ***Si necesita espacio adicional, incluya la información de otros miembros del grupo familiar en otra página.***

Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	DCN o últimos 4 números del seguro social (opcional)	Fuente de ingresos:	Monto del ingreso bruto:	Frecuencia de ingresos: ❑ Semanal ❑ Quincenal ❑ Dos veces al mes ❑Mensual
Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	DCN o últimos 4 números del seguro social (opcional)	Fuente de ingresos:	Monto del ingreso bruto:	Frecuencia de ingresos: ❑ Semanal ❑ Quincenal ❑ Dos veces al mes ❑Mensual
Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	DCN o últimos 4 números del seguro social (opcional)	Fuente de ingresos:	Monto del ingreso bruto:	Frecuencia de ingresos: ❑ Semanal ❑ Quincenal ❑ Dos veces al mes ❑Mensual
Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	DCN o últimos 4 números del seguro social (opcional)	Fuente de ingresos:	Monto del ingreso bruto:	Frecuencia de ingresos: ❑ Semanal ❑ Quincenal ❑ Dos veces al mes ❑Mensual

PARTE 4. OPCIONAL - CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTANTE AUTORIZADO: Esta persona puede solicitar los beneficios de SuN Bucks, brindar asistencia para entrevistas, recibir avisos, informar cambios y realizar consultas sobre los beneficios de SuN Bucks. Su hogar será responsable de cualquier exceso de emisión como resultado de que el representante proporcione información incorrecta.

Nombre completo:	Dirección postal:	
Número de teléfono:	Correo electrónico:	Fecha de nacimiento:

Paso 5: FIRMA (DEBE FIRMAR UN MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO FAMILIAR) Y PROVISIÓN DE INFORMACIÓN DE CONTACTO

Advertencia de penalización: Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta y que se declaran todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales. Confirmo que ninguno de los niños en esta solicitud ha sido aprobado o ha recibido SEBT en Missouri o en otro estado u Organización Tribal Indígena (ITO, por sus siglas en inglés). Comprendo que los funcionarios estatales o locales pueden verificar la exactitud de la información en esta solicitud. Soy consciente de que si deliberadamente doy información falsa, a mis hijos se les pueden negar beneficios y pueden procesarme bajo las leyes penales estatales y federales aplicables.

No proporcione información falsa ni oculte información para obtener o seguir recibiendo beneficios de SuN Bucks.

No dé, intercambie ni venda los beneficios de SuN Bucks a ninguna persona que no esté autorizada a usarlos.
No altere ningún documento de autorización de beneficios de SuN Bucks que no tiene derecho a recibir.
No utilice los beneficios de SuN Bucks para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas o tabaco.
No utilice los beneficios de SuN Bucks de otra persona para su grupo familiar.

Comprendo las preguntas de esta solicitud. Sé que obtener o intentar obtener beneficios a los que no tengo/no tenemos derecho significa actuar en contra de la ley. Cualquier afirmación o declaración falsa u ocultación de cualquier hecho material, sea cual sea, en su totalidad o en parte, puede exponerme a persecución penal y/o civil. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es correcta y completa según mi leal saber y entender. También autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la exactitud de mi certificación. Comprendo que si no estoy de acuerdo con cualquier acción tomada en mi caso, tengo derecho a solicitar una audiencia justa oralmente o por escrito.

Al firmar esta solicitud en papel o electrónicamente, usted nos autoriza a enviar o hacer que se envíen notificaciones por correo electrónico, llamadas telefónicas automatizadas y mensajes de texto con respecto a su caso a la dirección de correo electrónico principal o al número de teléfono que proporcionó en la página 1. No es necesario que brinde su consentimiento para ello como condición de elegibilidad. Si no desea que nos comuniquemos con usted de esta manera, puede optar por no recibir estos correos electrónicos, llamadas telefónicas automatizadas y mensajes de texto.

Marque una opción a continuación:
❑ no deseo recibir notificaciones por correo electrónico **❑ no deseo recibir llamadas** **❑ no deseo recibir mensajes de texto** **❑ no deseo recibir llamadas ni mensajes de texto**

****** Toda comunicación se enviará electrónicamente a menos que haya indicado que no desea recibir comunicaciones electrónicas.***

FIRME AQUÍ

* FIRMA	Nombre del miembro adulto del grupo familiar en letra imprenta:	Fecha:

Dirección postal (calle o apartado postal)	Ciudad	Código Postal	Correo electrónico:	Número de teléfono Tipo: ❑ Particular ❑ Laboral ❑ Celular

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que usemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para los beneficios de EBT de verano. Sólo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a brindar los beneficios del programa a su grupo familiar. Los inspectores y las autoridades policiales también pueden utilizar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para recibir EBT de verano sin una solicitud. Comuníquese con su estado o ITO para obtener el EBT de verano para un niño de crianza temporal y niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

OPCIONAL: Identidades raciales y étnicas de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que estemos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir SuN Bucks. Si no se selecciona la etnia/raza, se determinará una identificación visual.

Identidad étnica (marque una opción): ❑ Hispano o latino ❑ No hispano ni latino
Raza (marque una opción o más): ❑ Nativo de América del Norte o nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Afroamericano ❑ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ❑ Blanco

La información de contacto a continuación es únicamente para presentar una queja por discriminación.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA: de acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. Envíe el formulario AD-3027 completo o la carta a:

Correo postal:	**Correo electrónico:**	**Fax:**
Servicio de Alimentos y Nutrición, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314	FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov	(833) 256-1665 o (202) 690-7442

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Si es un veterano en el estado de Missouri y está interesado en obtener más información sobre los beneficios y recursos disponibles para usted y sus dependientes, visite: https://mvc.dps.mo.gov/MoVeteransInformation/Survey/DSS

O escanee el código QR.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente. Puede utilizar este espacio para información adicional.