Departamento de Educación de California
Diciembre de 2024

Solicitud de beneficios universales

2026-2027

Mount Pleasant Elementary School District

Esta solicitud puede hacer que su hijo/a sea elegible para beneficios como Summer EBT/SUN Bucks [programa de beneficios de alimentos durante el verano para familias con niños en edad escolar], acceso a Internet, transporte escolar y más. Consulte con el distrito escolar de su hijo/a para saber qué beneficios pueden estar disponibles para ellos. Completar esta solicitud no afectará la capacidad de su estudiante para recibir comidas escolares sin costo alguno. El Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos y el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos no consideran los servicios de salud, alimentos y vivienda como parte de la determinación de carga pública. Por lo tanto, presentar esta solicitud no perjudicará el estado de inmigración de una persona.

Nota: Un miembro que no sea del hogar puede ser designado como representante autorizado para fines de procesamiento de solicitudes si tiene dificultades para completar el proceso de solicitud.

Complete, firme y devuelva esta solicitud a: 3434 Marten Ave San Jose, CA 95148

1. Enumere a **todos los estudiantes** que viven con usted y que asisten a la escuela usando los datos exactos que figuran en sus registros escolares. Si el estudiante está en cuidado de crianza temporal, no tiene hogar, recibe servicios de educación para inmigrantes o cumple con la definición de fugitivo, indíquelo colocando una “X” en la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque una “X” en la casilla correcta para la frecuencia con la que se recibe.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Cuidado de crianza	Sin hogar	Inmigrante	Fugitivo	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	De forma quincenal	Dos veces al mes	Mensual
			☐	☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐

2. Si algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. Si la respuesta es no, vaya al paso 3.

☐ **CalFresh [Programa de asistencia con alimentos en California]** ☐ **Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad Hacia los Niños de California (CalWORKs, por sus siglas en inglés) / Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)**

☐ **Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)**

Número de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los demás miembros del hogar: indique los ingresos (en dólares) y confirme con qué frecuencia se reciben. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si ingresa 0 o deja las secciones de ingresos en blanco, está prometiendo que no hay ingresos que informar.

Informe de ingresos: ingresos del trabajo (antes de cualquier deducción) y asistencia pública/manutención infantil/pensión alimenticia

Nombres de todos los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados anteriormente)	Ingresos del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal	De forma quincenal	Dos veces al mes	Mensual	Asistencia pública / Manutención infantil / Pensión alimenticia	Semanal	De forma quincenal	Dos veces al mes	Mensual
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

Informe de ingresos continuados: pensiones/jubilación/Seguro Social (apoyo para el mejoramiento escolar [SSI, por sus siglas en inglés]) y cualquier otro ingreso no enumerado antes.

Nombres de todos los demás miembros del hogar (Continúa desde arriba)	Pensiones / jubilación / Seguro Social (SSI)	Semanal	De forma quincenal	Dos veces al mes	Mensual	Cualquier otro ingreso no enumerado antes	Semanal	De forma quincenal	Dos veces al mes	Mensual
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

Nombres de todos los demás miembros del hogar (Continúa desde arriba)	Pensiones / jubilación / Seguro Social (SSI)	Semanal	De forma quincenal	Dos veces al mes	Mensual	Cualquier otro ingreso no enumerado antes	Semanal	De forma quincenal	Dos veces al mes	Mensual
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. **Total de miembros del hogar** (incluya a todas las personas que viven en su hogar): ☐
   (El total ingresado debe ser igual al número de miembros del hogar enumerados anteriormente; se puede requerir una segunda solicitud si la cantidad de miembros del hogar excede los campos vacíos)

   Opcional: (el procesamiento de este formulario no depende de la inclusión del SSN) últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) del proveedor de ingresos principal u otro miembro del hogar ☐ Marque si no hay SSN: ☐

5. **Información de contacto y firma: complete, firme y devuelva esta solicitud a la dirección anterior:**
   Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que se informan todos los ingresos y que mi hogar no recibe beneficios de Summer EBT a través de un estado diferente u organización tribal india (si corresponde). Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Comprendo que, si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra de imprenta del miembro adulto del hogar

Firma del miembro adulto del hogar

Dirección postal

Ciudad, estado y código postal

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono diurno

Fecha

6. **Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional): estamos obligados a solicitar información sobre la raza y la etnicidad de los niños. Esta información es importante y ayuda a garantizar que brindemos un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para acceder a comidas gratis o a precios reducidos (FRPM, por sus siglas en inglés) o a SUN Bucks.**

   Marque una o más identidades raciales: ☐ Indígena americana o nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana ☐ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐ Blanca

   Marcar una identidad étnica: ☐ Hispana o latina ☐ No hispana o latina

Elegibilidad de nutrición infantil: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero, si no lo hace, no podemos determinar la elegibilidad para los beneficios a través de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russel. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que usemos la información de esta solicitud para determinar quién es elegible para los beneficios de Summer EBT. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a brindar beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños son elegibles para beneficios sin una solicitud. Comuníquese con su estado o con la Organización Tribal Indígena (ITO, por sus siglas en inglés) para obtener beneficios para niños en crianza temporal y para niños sin hogar, inmigrantes o fugitivos.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos de presentación de quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense [ASL, por sus siglas en inglés], etc.) deben comunicarse con la agencia responsable o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas que no sean el inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en la página web Cómo presentar una queja por discriminación en el programa en https://www.usda.gov/es/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/como-presentar-una-queja-por-discriminacion-en-el-programa y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

(1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

[Insert District Name]

[Insert School District's Non-Discrimination Statement]

[School Use Only – Do Not Write Below This Line]

[Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.]

[(Do not convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).]

[Local Education Agency Approval:] ☐ [CalFresh/CalWORKs/FDPIR] ☐ [Foster/Migrant/Homeless/Runaway]
☐ [Income Household]

[Total Household Size:] ☐ [Total Household Income: $] ☐

☐ [Weekly] ☐ [Bi-Weekly] ☐ [Twice Per Month] ☐ [Monthly] ☐ [Annual]

[Application Approved For:] ☐ [Free Eligible] ☐ [Reduced-Priced Eligible]

[Application Denied Because:] ☐ [Income Over Allowed Amount] ☐ [Incomplete/Missing Information]

☐ [Other:] _____

[Date Notice Sent:] _____

[Signature of Approving Official:] _____ [Date:]_____