Departamento de Educación de California
Diciembre de 2024

Solicitud de beneficios universales 2026-2027

Distrito Escolar Unificado de Simi Valley

Esta solicitud puede hacer que su hijo/a califique para beneficios tal 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 en el distrito escolar de su hijo/a para informarse acerca de los beneficios que pueden estar disponibles para ellos. El completar esta solicitud no afecta la elegibilidad para recibir alimentación escolar 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, alimentación y vivienda como parte de la determinación de carga pública. Por lo tanto, el presentar esta solicitud no perjudicará el estado de inmigración de una persona. **Nota:** Si tiene dificultades para completar el proceso de solicitud, usted puede designar a una persona externa a la familia como su representante autorizado para fines de procesamiento de solicitudes.

Complete, firme y devuelva esta solicitud a: Simi Valley Unified School District
101 W. Cochran Street
Simi Valley, CA, 93065

1. **Enumere a todos los estudiantes que viven con usted y que asisten a la escuela usando los datos exactos que figuran en los expedientes escolares.** Si el estudiante está en cuidado de crianza (*Foster care*), no tiene hogar (*homeless*), recibe servicios de educación para inmigrantes o cumple con la definición de menor fugado (*runaway*), indíquelo colocando una “X” en la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso que reciba el estudiante y marque con una “X” en la casilla correcta para indicar la frecuencia con la que se recibe.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Foster*	Sin hogar	Inmigrante	Runaway*	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mensual

**Foster* o cuidado de crianza, *Runaway* o menor fugado

*1 Por sus siglas en inglés

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, continúe al paso 3.
   ☐ CalFresh (Programa de asistencia de alimentos de California) ☐ Oportunidades de trabajo y responsabilidad de California para menores (CalWORKs*[1])/Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF*[1]) ☐ Programa de distribución de alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR*[1])
   Número de caso: _____
3. **Escriba los nombres de todos los demás miembros del hogar- Indique los ingresos (en dólares redondeados) y seleccione con qué frecuencia se reciben. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, ponga 0. Si escribe 0 o deja las secciones de ingresos en blanco, usted está prometiendo que no tienen ingresos que reportar.**
   Reporte de ingresos: Ingresos de empleos (antes de cualquier deducción) y por asistencia pública, manutención de menores y/o pensión alimenticia.

Nombres de todos los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados anteriormente)	Ingresos por empleos (antes de cualquier deducción)	Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mensual	Asistencia Pública y/o manutención de menores y/o pensión alimenticia	Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, jubilación, seguro social (SSI), y/o cualquier otro ingreso no mencionado anteriormente	Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mensual
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

   Número 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, puede pedir una segunda solicitud si la cantidad de miembros del hogar excede los campos vacíos).
   Opcional: (El procesamiento de esta solicitud no depende de que proporcione un número de seguro social (SSN*[1]))-Anote los cuatro últimos dígitos del número de seguro social del proveedor de ingresos principal o de otro miembro del hogar _____ Marque si no hay SSN: ☐
4. **Identidad racial y étnica de los menores (opcional)** – Tenemos la obligación de solicitar información acerca de la raza y etnia de los menores. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que brindamos un servicio a nuestra comunidad completa. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de los menores para recibir alimentación gratuita o a precios reducidos o *SUN Bucks*.
   Marque una o más de identidad racial: ☐ Indígena americana o nativa de Alaska ☐ Asiática
   ☐ Negra o afroamericana ☐ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐ Blanca
   Marque una identidad étnica: ☐ Hispana o latina ☐ No hispana ni latina
5. **Información de contacto y firma – Complete, firme y devuelva esta solicitud al domicilio anterior:**

*1 Por sus siglas en inglés

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que se informan los ingresos y que mi hogar no recibe beneficios de Summer EBT a través de un estado diferente u organización tribal nativa (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 podrían perder estos beneficios y podría ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre del adulto miembro del hogar _____
(letra de molde)

Firma del adulto miembro del hogar _____

Domicilio postal _____

Ciudad, estado y código postal _____

Correo electrónico _____

Teléfono diurno _____ Fecha _____

Elegibilidad de nutrición estudiantil: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (*Richard B. Russell National School Lunch Act*) requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero, si no lo hace, no podremos determinar la elegibilidad para los beneficios a través de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell. 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 educativos, de salud y nutrición para ayudarlos a brindar los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las fuerzas de orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos menores son elegibles para recibir beneficios sin una solicitud. Comuníquese con su estado o con la Organización Tribal Indígena (ITO*[1]) para obtener beneficios como menores en hogares de acogida, sin hogar, inmigrantes o menores fugados.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA*[1]), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades 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 ej.: Braille, letra granda, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense (ASL*[1]), 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 inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA, AD-3027, 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:
Fax: (202) 690-7442; o
Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

*1 Por sus siglas en inglés

Simi Valley Unified School District

La Junta Directiva en vigor se compromete a proporcionar igualdad de oportunidades para todas las personas en educación. Los programas, actividades y prácticas del distrito deberán estar libres de discriminación ilegal, incluida la discriminación contra un individuo o grupo por motivos de raza, color, ascendencia, nacionalidad, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, religión, matrimonio, embarazo o estado parental, discapacidad física o mental, sexo, orientación sexual, género, identidad o expresión de género, o información genética; una percepción de una o más de dichas características; o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas.

Para uso de la escuela – No escriba debajo de esta línea

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:_____

*1 Por sus siglas en inglés