

Complete, firme y devuelva esta solicitud a la escuela de su hijo/a.

Nota: Una persona que no forma parte del hogar puede ser designada como representante autorizado para fines de procesamiento si tiene dificultades para completar la solicitud.

Paso 1: Identifique a todos los estudiantes que viven con usted y que asisten a la escuela, utilizando la ortografía exacta que aparece en sus registros escolares.

Número de identificación escolar	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (opcional)	Grado (Opcional)	Escuela (Opcional)	Marque si es sin hogar	Ingreso del Estudiante (si hay)
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	

Paso 2: Si algún miembro del hogar (incluyéndose a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, por favor indique cuál programa recibe y escriba el número de caso. **Si no, pase al Paso 3.**

☐ CalFresh ☐ CalWORKs/TANF ☐ FDPIR	Número de caso:
---	-----------------

Paso 3: Escriba los nombres de todos los demás miembros del hogar – Ingrese el ingreso **mensual** (en dólares enteros). Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de ingresos, está declarando que no hay ingresos que reportar. **(Omita este paso si respondió ‘Sí’ en el Paso 2)**

Nombre de todos los demás miembros del hogar. No incluya a los estudiantes del paso 1.	Ingreso mensual por trabajo	Ingreso mensual por asistencia pública / manutención infantil	Ingreso mensual por pensión/jubilación/ seguro social	Ingreso mensual de cualquier otra fuente
Escriba el número total de miembros del hogar (niños y adultos) en la siguiente casilla. Adjunte otra solicitud si no caben todos los miembros.			Total de Miembros del Hogar:	

Paso 4: Información de contacto y Firma del Adulto

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que se ha reportado todo el ingreso, y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano por medio de otro estado u organización tribal indígena (si aplica). Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de beneficios federales o estatales, y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Estoy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder estos beneficios y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del ADULTO que complete esta solicitud: REQUERIDA		
Nombre: REQUERIDO		
Fecha:	Número Telefónico: REQUERIDO	
Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado: CA	Código Postal:
Correo Electrónico:		

NO LLENAR – PARA USO ESCOLAR ÚNICAMENTE

If the "Homeless" box is checked, refer to the student(s) records in CALPADS to verify the homeless record(s).
 If there is no record of homelessness in CALPADS, refer the household to your LEA's Homeless Liaison to verify their status.

Local Education Agency Approval		Total Household Size:
☐ CalFresh/CalWORKs/FDPIR ☐ Homeless ☐ Income Household		
Total Monthly Household Income:	Application Approved For: ☐ Free ☐ Reduced ☐ Paid (Does not qualify)	
Print Name of Approving Official:	Signature of Approving Official:	
Date this form was entered in Infinite Campus:	Name of person inputting form to Infinite Campus:	

(Opcional) Identidad Étnica y Racial del Niño/a

Se requiere que solicitemos información sobre la raza y etnia de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a garantizar que estamos atendiendo completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su(s) hijo(s) para comidas gratuitas y a precio reducido ni para SUN Bucks

Origen étnico (marque uno): ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Raza (marque una o más): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska

☐ Asiático ☐ Negro o afroestadounidense

Devuelva esta solicitud FIRMADA a la escuela de su hijo/a. Solo se requiere una solicitud por hogar, incluso si tiene hijos que asistan a diferentes escuelas. Entregue la solicitud en cualquiera de las escuelas de sus hijos.

NOTE: Please retain this form in a secure location for a period of 5 years.

Esta solicitud puede calificar a su hijo(a) para beneficios como el programa Summer EBT/SUN Bucks, acceso a internet, transporte escolar y más. Consulte con el distrito escolar de su hijo(a) para saber qué beneficios pueden estar disponibles para él o ella. Completar esta solicitud no afectará la capacidad de

GUÍAS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS

Vigente del 1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2027

Número de Personas en el Hogar	ANUAL	MENSUAL	DOS VECES AL MES	QUINCENAL	SEMANAL
1	29,526	2,461	1,231	1,136	568
2	40,034	3,337	1,669	1,540	770
3	50,542	4,212	2,106	1,944	972
4	61,050	5,088	2,544	2,349	1,175
5	71,558	5,964	2,982	2,753	1,377
6	82,066	6,839	3,420	3,157	1,579
7	92,574	7,715	3,858	3,561	1,781
8	103,082	8,591	4,296	3,965	1,983
Por cada miembro adicional de la familia, sume	10,508	876	438	405	203

su estudiante para recibir comidas escolares sin costo. El Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU. y los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. no consideran los servicios de salud, alimentación y vivienda como parte de la determinación de carga pública. Por lo tanto, enviar esta solicitud no afectará el estatus migratorio de una persona.

Calificación: Sus hijos pueden calificar para SUNBUCKS (hasta el 1ero de septiembre del 2026) u otros beneficios si el ingreso de su hogar se encuentra en o por debajo de las Pautas Federales de Elegibilidad de Ingresos que se indican a continuación. **VÁLIDO DEL 01/07/2026 – 30/06/2027**

Elegibilidad para la Nutrición Infantil: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información contenida en esta solicitud. No está obligado a proporcionarla, pero si no lo hace, no podremos determinar la elegibilidad para beneficios bajo esta ley. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que usemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para los beneficios del programa Summer EBT. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y nutrición para ayudarlos a entregar beneficios a su hogar. Inspectores y autoridades también pueden utilizar su información para asegurar que se cumplan las reglas del programa. Algunos

niños califican para beneficios sin necesidad de solicitar. Por favor, comuníquese con su Estado u Organización Tribal Indígena (ITO) para obtener beneficios para niños en hogares de crianza, y para niños que están sin hogar, son migrantes o han escapado.

Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/paternal, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias por actividades previas relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Los plazos para recursos y presentación de quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, audiocinta, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la agencia estatal o local que administra el programa o al USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación en Programas del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en la página web [Cómo Presentar una Queja por Discriminación en Programas: https://www.usda.gov/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/how-file-program-discrimination-complaint](https://www.usda.gov/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/how-file-program-discrimination-complaint) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA proporcionando en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

- (1) Correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410:
- (2) Fax: (202) 690-7442; or
- (3) Correo Electrónico: program.intake@usda.gov