

Solicitud de SUN Bucks para familias – PAPEL (actualizado en enero de 2026)

Año escolar: _____

Para solicitar fácilmente en línea, visita <https://northcarolina.summertimeapp.com>. Llena UNA solicitud por hogar. Usa un bolígrafo. Asegúrate de revisar la hoja de instrucciones de la solicitud antes de completarla.

PASO 1: Lista y responde preguntas para TODOS los estudiantes que estás solicitando. Si no conoces la respuesta a una pregunta con un asterisco (*), puedes dejarla en blanco, pero es posible que Carolina del Norte deba comunicarse contigo para obtener más información antes de procesar tu solicitud.

Estudiante 1

Nombre del niño (REQUERIDO)	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño (con sufijo si corresponde) (REQUERIDO)	Cuidado de crianza	Sin hogar
			☐	☐
Condado de la escuela (REQUERIDO)*	Nombre de la escuela (REQUERIDO)*			
ID de estudiante (REQUERIDO)*	Fecha de nacimiento (REQ.)* (MES)	(DÍA)	(AÑO)	Grado
En cualquier momento de este año escolar, participó en los Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS/cupones de alimentos): ☐ TANF (WorkFirst/asistencia en efectivo): ☐ (solo marca una casilla si el Estudiante 1 está asociado con un caso)				
Si tu niño participa en uno de los programas anteriores, escribe el número de caso aquí: (N/A si el Estudiante 1 no participa)				
Origen étnico (opcional, marca uno): ☐ Hispano o latino (independientemente de la raza) ☐ No hispano o latino				
Raza (Opcional, marca una o más): ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o nativo afroamericano ☐ Hawaiano u otro Isleño del Pacífico ☐ Blanco				

Estudiante 2

Nombre del niño (REQUERIDO)	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño (con sufijo si corresponde) (REQUERIDO)	Cuidado de crianza	Sin hogar
			☐	☐
Condado de la escuela (REQUERIDO)*	Nombre de la escuela (REQUERIDO)*			
ID de estudiante (REQUERIDO)*	Fecha de nacimiento (REQ.)* (MES)	(DÍA)	(AÑO)	Grado
En cualquier momento de este año escolar, participó en los Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS/cupones de alimentos): ☐ WorkFirst (asistencia en efectivo): ☐ (solo marca una casilla si el Estudiante 2 está asociado con un caso)				
Si tu niño participa en uno de los programas anteriores, escribe el número de caso aquí: (N/A si el Estudiante 2 no participa)				
Origen étnico (opcional, marca uno): ☐ Hispano o latino (independientemente de la raza) ☐ No hispano o latino				
Raza (Opcional, marca una o más): ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o nativo afroamericano ☐ Hawaiano u otro Isleño del Pacífico ☐ Blanco				

Estudiante 3

Nombre del niño (REQUERIDO)	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño (con sufijo si corresponde) (REQUERIDO)	Cuidado de crianza	Sin hogar
			☐	☐
Condado de la escuela (REQUERIDO)*	Nombre de la escuela (REQUERIDO)*			
ID de estudiante (REQUERIDO)*	Fecha de nacimiento (REQ.)* (MES)	(DÍA)	(AÑO)	Grado
En cualquier momento de este año escolar, participó en los Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS/cupones de alimentos): ☐ WorkFirst (asistencia en efectivo): ☐ (solo marca una casilla si el Estudiante 3 está asociado con un caso)				
Si tu niño participa en uno de los programas anteriores, escribe el número de caso aquí: (N/A si el Estudiante 3 no participa)				
Origen étnico (opcional, marca uno): ☐ Hispano o latino (independientemente de la raza) ☐ No hispano o latino				
Raza (Opcional, marca una o más): ☐ Nativo americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o nativo afroamericano ☐ Hawaiano u otro Isleño del Pacífico ☐ Blanco				



PASO 2: Lista a TODOS LOS demás miembros del hogar y los ingresos de cada miembro (antes de impuestos y deducciones). **TU SOLICITUD NO PUEDE PROCESARSE SIN ESTA INFORMACIÓN.**

Enumera a TODOS LOS miembros del hogar (incluyéndote a ti y a los estudiantes del Paso 1 incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, si reciben ingresos, declara el ingreso bruto total (antes de impuestos y deducciones) para cada fuente de ingresos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escribe '0'. Este paso es para comprender el monto de sueldo en tu hogar cada año. Si tus ingresos cambian de una semana a otra o de un mes a otro, escribe con números que sean representativos (promedio) del año.

Nombres con apellido de los miembros del hogar
(Primer nombre y apellido) (REQUERIDO)

	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia se recibe?						Asistencia pública, manutención de los niños, pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia se recibe?				Pensiones, Jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario o SSI, Beneficios de la Administración de Veteranos, Todos los otros	¿Con qué frecuencia se recibe?			
		Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual	Horas		Horas por semana	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes		Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes
	\$																
	\$																
	\$																
	\$																
	\$																
	\$																
	\$																
	\$																
	\$																

PASO 3: Esta dirección y la información de contacto se utilizarán para enviar su tarjeta por correo y ponerse en contacto con usted sobre su solicitud. Su solicitud no está completa sin los elementos a continuación.

"Certifico (prometo) que toda la información proporcionada en la solicitud es verdadera y correcta, que la solicitud se realiza en relación con la recepción de fondos federales, que los funcionarios estatales pueden verificar la información en la solicitud y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento en virtud de los estatutos penales estatales y federales aplicables. No estoy recibiendo beneficios de SUN Bucks en otro estado u organización tribal india".

Firma del adulto (OBLIGATORIO)		Nombre en letra de molde del adulto que firma el formulario (se REQUIERE el NOMBRE COMPLETO)		Fecha de hoy (REQUERIDO)*	
Dirección de correo postal (REQUERIDO si el solicitante tiene una dirección estable)	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (REQUERIDO)*	Correo electrónico (REQUERIDO)*
Marca si no tienes hogar o una dirección estable*: ☐ Si se aprueba, comunícate con el centro de atención telefónica de SUN Bucks para proporcionar una dirección válida para tu tarjeta. (N/A si la dirección se completó anteriormente):					

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) regulaciones y políticas, el USDA, sus Agencias, oficinas, y empleados, e instituciones participantes o los programas administrados por el USDA se prohíbe discriminación por raza, color, origen nacional, religión, sexo, género (incluso expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por una actividad previa en defensa de los derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y plazos de presentación de quejas varían según el programa o incidente. Personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) debe 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 distintos del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, completa el Formulario de Quejas por Discriminación en el Programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA o escribe una carta dirigida al USDA y proporciona en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llama al (866) 632-9992. Envía el formulario completado o la carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

PARA DEVOLVER TU SOLICITUD: Correo electrónico: Escanea o toma foto y envía un correo electrónico a DCFWSUNBucks@dhs.nc.gov
Correo: Envía la solicitud por correo a: **SUN Bucks, 2416 Mail Service Center, Raleigh, NC, 27699-2416**
NO devuelvas la solicitud a tu escuela. No procesarán ni enviarán tu solicitud por correo.

Uso y divulgación de la información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que utilicemos la información de esta solicitud para determinar quién reúne los requisitos para recibir los beneficios de EBT de verano. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir tu información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a brindar beneficios del programa a tu hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar tu información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para el EBT de verano sin una solicitud. Comunícate con tu estado o con la ITO para obtener EBT de verano para un niño de crianza temporal y niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

Declaración de elegibilidad categórica: Los niños de crianza temporal, migrantes, sin hogar y fugitivos y los niños inscritos en un programa Head Start son categóricamente elegibles para SUN Bucks.