

Solicitud de Beneficios Universales para 2025-26

Esta solicitud puede calificar a su hijo para beneficios como EBT/SUN Bucks de verano, acceso a Internet, transporte escolar y más. Completar esta solicitud no afectará la capacidad de su estudiante para recibir comidas escolares sin costo alguno. El Departamento de Seguridad Nacional de EE. UU. y el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. no consideran los servicios de salud, alimentos y vivienda como parte de la determinación de carga pública. Por lo tanto, presentar esta solicitud no dañará el estatus migratorio de una persona.

Devuelva la solicitud completada directamente a: CUSD Educational Services, 1163 East Seventh Street, Chico, CA 95928

Complete UNA solicitud por hogar

******LLENE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO******

¿PREGUNTAS? LLAME AL 530-891-3000 x20813

Haga una lista de TODOS los estudiantes en el hogar. Marque el cuadro correspondiente y escriba el número de caso si reciben beneficios de alguno de los programas de asistencia. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque con una "x" en el cuadro correcto para la frecuencia con la que se recibe.

Nombre Completo del Estudiante (Apellido, Primer Nombre)	Numero de ID del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Ingresos del Estudiante	Semanal	Quincenal	2 X mes	Mensual
					\$				
					\$				
					\$				
					\$				
					\$				

Verifique si ALGÚN miembro del hogar (incluido usted mismo) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia y escriba el número de caso.

☐ CalFresh ☐ CalWORKS/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) ☐ Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR)

Número de caso: _____

Enumere los nombres de TODOS los demás miembros del hogar y TODOS los ingresos brutos del hogar. Marque "x" en la columna para la frecuencia con la que se recibe. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si ingresa 0 o cualquier sección de ingresos dejada en blanco es una indicación positiva de que no hay ingresos para declarar.

Nombre completo de <u>TODOS</u> los demás miembros del hogar (no incluye a los estudiantes mencionados anteriormente) <i>Reporte de Ingresos: Ganancias del Trabajo y Asistencia Pública/Manutención de los Hijos/Pensión Alimenticia</i>	Ingresos del Trabajo (antes de las deducciones)	Semanal	Quincenal	2 x mes	Mensual	Asistencia Pública, Manutención de Menores, Pensión Alimenticia	Semanal	Quincenal	2 x mes	Mensual	Pensión, Jubilación, Seguro Social (SSI)	Semanal	Quincenal	2 x mes	Mensual	Cualquier otro ingreso que no está ya en la lista	Semanal	Quincenal	2 x mes	Mensual
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				

Número total de miembros del hogar (niños + adultos) _____

(El total ingresado debe ser igual al número de miembros del hogar enumerados anteriormente, es posible que se requiera una segunda solicitud si el número de miembros del hogar excede los espacios vacíos).

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdad y que he reportado todos los ingresos. Yo comprendo que la escuela recibirá fondos federales según la información que proveo. Yo comprendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (chequear) esta información. Yo comprendo que si yo doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser procesado. Yo comprendo que se puede compartir el estado de elegibilidad de mis niños como permitido por la ley.

Nombre del Adulto (Imprimido):	Firma del Adulto (requerido):	Fecha:
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------

Dirección Postal:	Opcional: Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) de la Asalariado o miembro del hogar (el procesamiento de este formulario no depende de la inclusión del SSN): xxx-xx-_____	No tengo SSN: ☐
--------------------------	---	---

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Numero de Teléfono:	Dirección de Coreo Electrónico:
----------------	----------------	-----------------------	----------------------------	--

Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional): estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido o SUN Bucks.

Marcar una o más identidades raciales: ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Africano Americano
☐ Nativo de Hawaii o otro Isleño del Pacifico ☐ Blanco

Marque una identidad étnica: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que proporcionar 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 califica para los beneficios de EBT de verano. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a brindar los 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 califican para beneficios sin una solicitud. Por favor, póngase en contacto con su estado o ITO para obtener beneficios para un niño de acogida y niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

NO COMPLETAR. SOLO PARA USO ESCOLAR

Local Education Agency Approved: ☐ CalFresh/CalWORKs/FDPIR ☐ Homeless/ Migrant/Runaway

☐ Income Household

Total Household Size: _____ **Total Household Income: \$** _____

How Often? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly

Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

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: _____