



Solicitud para SUN Bucks de Maryland



También puede presentar su solicitud en línea <https://mymdthink.maryland.gov/home/#/sunbucks>. Complete solo una (1) solicitud por familia.

Para obtener más información, lea las **Instrucciones de solicitud**, llame al 1-800-332-6347 y seleccione la opción SUN Bucks de Maryland, o visite el sitio web escaneando este código QR →

Presente su solicitud para el programa SUN Bucks de Maryland

Los niños en edad escolar que reciben los servicios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés), Asistencia Temporal en Efectivo (TCA, en inglés), Medicaid o comidas escolares gratuitas o a precio reducido son automáticamente elegibles para el programa SUN Bucks de Maryland. Los niños en cuidado de crianza temporal y los que reúnen los criterios de personas sin hogar, migrante, niños fugados del hogar y Head Start también son automáticamente elegibles. Las familias de niños inscritos en escuelas de la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP, en inglés) que no cumplan uno de estos criterios deben enviar su solicitud si desean recibir servicios de SUN Bucks de Maryland. Mediante la Ley Nacional de Almuerzos Escolares de Richard B. Russell se exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar quién reúne los requisitos para recibir la transferencia electrónica de beneficios (EBT, en inglés) de verano. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a darle los beneficios del programa a su familia. También es posible que los inspectores y los agentes policiales utilicen su información para asegurarse que se cumplen con las normas del programa.

¿Algún miembro de la familia (incluido usted) actualmente participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), la Asistencia Temporal en Efectivo (TCA), la Asistencia Médica (MA, en inglés) o las Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido?

Marque una de las siguientes: SÍ NO

En caso afirmativo, indique su número de identificación de caso: _____

Información sobre la familia (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Añada información del padre/la madre/guardián (debe completar todos los espacios marcados con [*])

Primer Nombre*	Segundo nombre	Apellido *	Sufijo de nombre
Fecha de nacimiento *	Número del Seguro Social		

*Dar su número del Seguro Social (SSN, en inglés) es opcional, pero si decide incluirlo, esto puede ser útil en el proceso de la solicitud.

Enumere A TODAS LAS PERSONAS ADULTOS de la familia y sus ingresos (debe completar todos los espacios marcados con [*])

Enumere a TODAS las personas de la familia (incluido usted), incluso los que no reciben ingresos. Por cada miembro de la familia que reciba ingresos, indique los ingresos totales y la frecuencia de cada fuente en dólares únicamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

(Aviso: Frecuencia = semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual o anual)

Primer Nombre *	Segundo nombre	Apellido *	Sufijo de nombre	Fecha de nacimiento *	Número del Seguro Social	Ingresos brutos recibidos del trabajo*		Total de otros ingresos* (Manutención de menores, pensión alimenticia, desempleo, pensiones, jubilación, otros ingresos)	
						Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia
						\$		\$	
						\$		\$	
						\$		\$	
						\$		\$	

Información sobre los niños (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Enumere **TODOS** los niños de la familia (debe completar todos los espacios marcados con [*])

Primer Nombre *	Segundo nombre	Apellido *	Sufijo de nombre	Fecha de nacimiento *	Grado *	Identificación del estudiante	Distrito escolar *	Nombre de la escuela	Género	Número del Seguro Social
					*(Puede encontrar la identificación del estudiante en la carta de calificaciones de su hijo o en el portal de padres de la escuela)					

Nombre y apellidos de todos los niños INSCRITOS en la escuela	Marque (✓) todas las opciones que correspondan:				Ingresos brutos*	Frecuencia*	OPCIONAL	
	Crianza temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado de casa			Origen étnico	Raza

Información adicional

Total de miembros de la familia (niños y adultos): _____ Idioma preferido: _____

Dirección residencial (debe completar todos los espacios marcados con [*])

Dirección *		Número de apartamento
Ciudad *	Estado *	Código postal *

Tipo de teléfono	Número de teléfono	Correo electrónico
------------------	--------------------	--------------------

La dirección postal es la misma que la dirección residencial Marque una de las siguientes: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es "SÍ", pase a la Declaración Jurada. Si la respuesta es "NO", proporcione su dirección postal (debe completar todos los espacios marcados con [*])

Dirección *	Número de apartamento	
Ciudad *	Estado *	Código postal *

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles, los reglamentos y polizas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo: braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al número (202) 720-2600 (voz y TTY) o deben comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al número (800) 877-8339. Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, Formulario de discriminación en un programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, al llamar al número (866) 632-9992 o mediante una carta escrita dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, en inglés) la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por estos medios:

No envíe solicitudes por correo a esta dirección, ya que esta es solo para presentar denuncias por discriminación.

*CORREO: U.S. Department of Agriculture FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442;
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights CORREO ELECTRÓNICO: program.intake@usda.gov
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

Declaración jurada y firmas

- Afirmo que he leído o me han leído toda esta solicitud y que la información que he facilitado al Departamento de Servicios Humanos de Maryland es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa de forma deliberada puede someterme a acciones judiciales en virtud de la legislación estatal y federal aplicable.
- Entiendo que cada niño elegible no puede recibir más de \$120 en beneficios de SUN Bucks de Maryland por año del programa y certifico que mis hijos no reciben estos beneficios en otro estado, organización tribal indígena o jurisdicción.
- Si mis hijos reciben beneficios de otro estado, organización tribal indígena o jurisdicción, me comprometo a notificar al Departamento de Servicios Humanos de Maryland y a no utilizar esos beneficios duplicados.
- Si Sabiendo, utilicé esos beneficios duplicados, comprendo que puedo ser responsable de reembolsarlos.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Maryland a comunicarse con cualquier persona, agencia gubernamental, organización o empresa para solicitar información con el fin de verificar y determinar la elegibilidad para los beneficios. Autorizo a las entidades contactadas a facilitar la información pertinente al Departamento de Servicios Humanos de Maryland para la determinación de la elegibilidad para los beneficios.

Nombre en letra imprenta del padre/madre/guardián:

Firma:	Fecha:
--------	--------

Para uso exclusivo de la agencia:

Fecha de recepción: _____

