ES

PASO 1: Información sobre niños: indique cada niño que reside en su hogar. Seleccione esta opción si presenta la solicitud por ellos e incluya la escuela a la que asisten. **El niño solo será elegible para el programa Sun Bucks - Summer EBT si asiste a una escuela que ofrece comidas gratuitas o a un precio reducido.**

SUN BUCKS

Por cada niño indicado, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos y deducciones), si corresponde, en dólares sin centavos.
Dichos ingresos pueden incluir ganancias de un trabajo, Ingreso Suplementario de Seguridad y otros ingresos. Si no obtiene ingresos de ninguna fuente, escriba "0".
Si ingresa "0" o deja algún espacio en blanco, certifica (afirma) que no hay ingresos para declarar por el niño indicado.

Hijo 1

Nombre*

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

Apellido*

¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño?
Sí ◯ No ◯

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar *(deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)*

Ingresos de niños
$

Semanal ◯ Cada 2 semanas ◯
2 veces al mes ◯ Mensual ◯
Anualmente ◯

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad *(opcional)*

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí ◯ No ◯

Herencia racial *(opcional)*

Negro o Afroestadounidense ◯ Asiático ◯ De Oriente Medio o del Norte de África ◯ Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska ◯ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ◯ Blanco ◯ Otro ◯

Hijo 2

Nombre*

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

Apellido*

¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño?
Sí ◯ No ◯

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar *(deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información)*

Ingresos de niños
$

Semanal ◯ Cada 2 semanas ◯
2 veces al mes ◯ Mensual ◯
Anualmente ◯

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad *(opcional)*

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí ◯ No ◯

Herencia racial *(opcional)*

Negro o Afroestadounidense ◯ Asiático ◯ De Oriente Medio o del Norte de África ◯ Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska ◯ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ◯ Blanco ◯ Otro ◯

(Continuación) PASO 1: Información sobre niños: indique cada niño que reside en su hogar. Seleccione esta opción si presenta la solicitud por ellos e incluya la escuela a la que asisten. **El niño solo será elegible para el programa Summer EBT si asiste a una escuela que ofrece comidas gratuitas o a un precio reducido.**

Hijo 3

Nombre*

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

Apellido*

¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño? Sí ◯ No ◯

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (*deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información*)

Ingresos de niños

$

Semanal ◯ Cada 2 semanas ◯

2 veces al mes ◯ Mensual ◯

Anualmente ◯

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad *(opcional)*

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí ◯ No ◯

Herencia racial *(opcional)*

Negro o Afroestadounidense ◯ Asiático ◯ De Oriente Medio o del Norte de África ◯ Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska ◯ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ◯ Blanco ◯ Otro ◯

Hijo 4

Nombre*

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

Apellido*

¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño? Sí ◯ No ◯

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (*deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información*)

Ingresos de niños

$

Semanal ◯ Cada 2 semanas ◯

2 veces al mes ◯ Mensual ◯

Anualmente ◯

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad *(opcional)*

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí ◯ No ◯

Herencia racial *(opcional)*

Negro o Afroestadounidense ◯ Asiático ◯ De Oriente Medio o del Norte de África ◯ Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska ◯ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ◯ Blanco ◯ Otro ◯

Agregar más niños en las páginas7 y 8

PASO 2: Adultos que residen en el hogar y sus ingresos: indique cada adulto que reside en el hogar y sus ingresos (antes de impuestos y deducciones).

A. ¿Usted o alguno de los miembros del hogar participan en alguno de los siguientes programas? Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o Plan de Salud de Nuevo Mexivo (Medicaid). **Si proporciona un número de caso ÚNICO, no es necesario que proporcione los nombres de todos los miembros del hogar y la información sobre sus ingresos en el paso B.**

Si la respuesta es "NO": continúe con el paso B

Si la respuesta es "SÍ": proporcione su número de caso ÚNICO o escriba "desconocido" si no lo sabe:

Número de caso *(no es el número de EBT de Nuevo Mexico):*

B. Indique todos los adultos que residen en el hogar (incluido usted). Por cada adulto indicado, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos y deducciones), si corresponde, en dólares sin centavos. Si no obtiene ingresos de ninguna fuente, escriba "0". **Si ingresa "0" o deja algún espacio en blanco, certifica (afirma) que no hay ingresos para declarar por la persona indicada que reside en el hogar.**

Total de miembros adultos

Total de niños miembros del hogar

Adulto 1

Nombre*

Inicial del segundo nombre

Apellido*

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

Ingresos del trabajo*

$

Semanal ○ Cada 2 semanas ○
2 veces al mes ○ Mensual ○
Anualmente ○

Ayuda, beneficios de desempleo, manutención infantil y pensión alimentaria*

$

Semanal ○ Cada 2 semanas ○
2 veces al mes ○ Mensual ○
Anualmente ○

Pensiones, jubilación, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad y otros ingresos*

$

Semanal ○ Cada 2 semanas ○
2 veces al mes ○ Mensual ○
Anualmente ○

Adulto 2

Nombre*

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

$

Semanal ○ Cada 2 semanas ○
2 veces al mes ○ Mensual ○
Anualmente ○

$

Semanal ○ Cada 2 semanas ○
2 veces al mes ○ Mensual ○
Anualmente ○

$

Semanal ○ Cada 2 semanas ○
2 veces al mes ○ Mensual ○
Anualmente ○

Adulto 3

Nombre*

Inicial del segundo nombre

Apellido*

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

$

Semanal ○ Cada 2 semanas ○
2 veces al mes ○ Mensual ○
Anualmente ○

$

Semanal ○ Cada 2 semanas ○
2 veces al mes ○ Mensual ○
Anualmente ○

$

Semanal ○ Cada 2 semanas ○
2 veces al mes ○ Mensual ○
Anualmente ○

Agregar más adultos en la página 8

PASO 4: Firma e información de contacto: proporcione su firma y escriba su nombre en imprenta para certificar la solicitud. Indique la mejor manera de comunicarse con usted. Los campos marcados con * son obligatorios.

Al firmar, *"certifico (afirmo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que dicha información se brinda en relación con la recepción de fondos federales y que el Departamento de Educación de Nuevo Mexico puede verificar (confirmar) la información. Sé que, si proporciono información falsa intencionalmente, es posible que no sea elegible para los beneficios o que tenga que pagarlos, y es posible que sea procesado en virtud de las leyes estatales y federales correspondientes".*

Firma del adulto*

Fecha de hoy *(dd/mm/aa)*

Fecha de nacimiento *(opcional)*

Nombre del adulto*

Número de teléfono

Apellido del adulto*

Dirección postal del hogar 1

Dirección postal del hogar 2

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Declaración del uso de la información, Declaración de elegibilidad por categoría y Declaración de divulgación de información: la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que usemos la información en esta solicitud para determinar quién califica para recibir beneficios de Summer EBT. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a ofrecer los beneficios del programa a su hogar. También es posible que inspectores y autoridades del orden público utilicen su información para asegurar que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para el programa Summer EBT sin una solicitud. Comuníquese con su estado u organización tribal indígena (indian tribal organization, ITO) para obtener beneficios de Summer EBT para un niño en cuidado temporal y para niños que no tienen un hogar, han huido de su hogar o son inmigrantes.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del USDA: conforme a la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y normas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad o edad. Asimismo, tiene prohibido tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles. La información de los programas puede solicitarse en un idioma que no sea el inglés. Las personas que tengan discapacidades y requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, en braille, letra imprenta, cinta de audio o lenguaje de señas de los EE. UU.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (mensaje de voz y TTY), o pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en los programas, el reclamante debe completar el Formulario para quejas por discriminación en los programas del USDA (AD-3027). Para obtener dicho formulario, visite el sitio https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, diríjase a cualquier oficina del USDA, llame al (866) 632-9992 o envíe una carta dirigida al USDA. En la carta se debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción detallada por escrito de la presunta acción discriminatoria para informarle al subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta vulneración de los derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 completo o la carta al USDA por los siguientes medios:

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: (833) 256-1665 o (202) 690-7442

Correo electrónico: Program.Intake@usda.gov

¿Tiene preguntas sobre la solicitud? Envíe un correo electrónico a **summer.ebt@ped.nm.gov**.

Esta página solamente es obligatoria si usa un representante autorizado para que le ayude a completar y presentar su solicitud.

(Opcional) firma del representante autorizado: puede elegir a alguien para que sea su representante autorizado. Un representante autorizado es una persona que usted conoce y puede ayudarle a solicitar y enviar información.

Al firmar, "*certifico (afirmo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que dicha información se brinda en relación con la recepción de fondos federales y que el Departamento de Educación de Nuevo Mexico puede verificar (confirmar) la información. Sé que, si proporciono información falsa intencionalmente, es posible que no sea elegible para los beneficios o que tenga que pagarlos, y es posible que sea procesado en virtud de las leyes estatales y federales correspondientes*".

A. **¿Quiere darle permiso a un representante autorizado para que solicite beneficios por usted?** ***Sí*** ◯ ***No*** ◯

B. **Si la respuesta es "SÍ"**, pídale al representante autorizado que firme y complete la siguiente información personal:

Firma del representante autorizado

Fecha de hoy *(dd/mm/aa)*

Nombre del representante

Inicial del segundo nombre

Organización

Apellido del representante

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

Exenciones de responsabilidad y declaraciones con respecto a la solicitud

Derechos y responsabilidades de un representante autorizado

Un representante autorizado puede hacer lo siguiente por el cliente: Firmar y enviar solicitudes, informar cambios y recibir copias de avisos y otras comunicaciones.

Una representante autorizado actúa en nombre del cliente con respecto a los beneficios del programa Sun Bucks - Summer EBT del NMPED que recibe o solicita. Esto se aplicará a todos los clientes en el caso. El representante autorizado que se menciona en este formulario reemplazará a cualquier representante autorizado previamente designado en el caso. La persona u organización elegida como representante autorizado seguirá siendo el representante autorizado hasta que:

- Un cliente en el caso le comunique al NMPED que desea poner fin a esta aprobación.
- El representante autorizado le comunique al NMPED que desea poner fin a esta aprobación.
- La persona u organización deje de tener permiso para actuar como representante autorizado del cliente.

Si el representante autorizado proporciona información incorrecta o incompleta al NMPED y esto da lugar a un sobrepago, los clientes y cualquier otra parte responsable tendrán que devolver lo que no tendrían que haber recibido. Si el representante autorizado deliberadamente retiene información o proporciona información incorrecta, también tendrá que devolver el sobrepago.

El representante autorizado debe mantener la confidencialidad de cualquier información proporcionada por el NMPED en relación con cualquier persona que figure en la solicitud o el caso, así como cumplir con cualquier otra ley estatal y federal relevante sobre conflictos de interés y confidencialidad de la información.

(Espacio adicional) PASO 1: Información sobre niños

Hijo 5

Nombre* **Inicial del segundo nombre** **Fecha de nacimiento** *(opcional)* / /

Apellido*

¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño? Sí ◯ No ◯

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (*deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información*)

Ingresos de niños

$

Semanal ◯ Cada 2 semanas ◯

2 veces al mes ◯ Mensual ◯

Anualmente ◯

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad *(opcional)*

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí ◯ No ◯

Herencia racial *(opcional)*

Negro o Afroestadounidense ◯ Asiático ◯ De Oriente Medio o del Norte de África ◯ Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska ◯ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ◯ Blanco ◯ Otro ◯

Hijo 6

Nombre* **Inicial del segundo nombre** **Fecha de nacimiento** *(opcional)* / /

Apellido*

¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño? Sí ◯ No ◯

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (*deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información*)

Ingresos de niños

$

Semanal ◯ Cada 2 semanas ◯

2 veces al mes ◯ Mensual ◯

Anualmente ◯

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad *(opcional)*

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí ◯ No ◯

Herencia racial *(opcional)*

Negro o Afroestadounidense ◯ Asiático ◯ De Oriente Medio o del Norte de África ◯ Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska ◯ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ◯ Blanco ◯ Otro ◯

(Espacio adicional) PASO 1: Información sobre niños

Hijo 7

Nombre* | **Inicial del segundo nombre** | **Fecha de nacimiento** *(opcional)* MM / DD / AAAA

Apellido*

¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño? Sí ◯ No ◯

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (*deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información*)

Ingresos de niños

$

Semanal ◯ | Cada 2 semanas ◯ | 2 veces al mes ◯ | Mensual ◯ | Anualmente ◯

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad *(opcional)*

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí ◯ No ◯

Herencia racial *(opcional)*

Negro o Afroestadounidense ◯ | Asiático ◯ | De Oriente Medio o del Norte de África ◯ | Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska ◯ | Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ◯ | Blanco ◯ | Otro ◯

Hijo 8

Nombre* | **Inicial del segundo nombre** | **Fecha de nacimiento** *(opcional)* MM / DD / AAAA

Apellido*

¿Desea solicitar los beneficios de Summer EBT para este niño? Sí ◯ No ◯

Nombre de la escuela a la que asistió durante el fin del año escolar (*deje el espacio en blanco si no sabe o no desea proporcionar esta información*)

Ingresos de niños

$

Semanal ◯ | Cada 2 semanas ◯ | 2 veces al mes ◯ | Mensual ◯ | Anualmente ◯

Nombre del distrito escolar

Fuente de ingresos

Etnicidad *(opcional)*

¿Tiene este niño ascendencia hispana, latina/o/x/e o española? Sí ◯ No ◯

Herencia racial *(opcional)*

Negro o Afroestadounidense ◯ | Asiático ◯ | De Oriente Medio o del Norte de África ◯ | Aborigen de América del Norte o nativo de Alaska ◯ | Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ◯ | Blanco ◯ | Otro ◯

(Espacio adicional) PASO 2: Adultos que residen en el hogar y sus ingresos

Ingresos del trabajo*

Ayuda, beneficios de desempleo, manutención infantil y pensión alimentaria*

Pensiones, jubilación, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad y otros ingresos*

Adulto 4

Nombre* **Inicial del segundo nombre**

Apellido*

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

Adulto 5

Nombre* **Inicial del segundo nombre**

Apellido*

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

Adulto 6

Nombre* **Inicial del segundo nombre**

Apellido*

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

Adulto 7

Nombre* **Inicial del segundo nombre**

Apellido*

Fecha de nacimiento *(opcional)* / /

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○

$ Semanal ○ Cada 2 semanas ○ 2 veces al mes ○ Mensual ○ Anualmente ○