

Solicitud de SUN Bucks

¿Qué es SUN Bucks?

SUN Bucks, también conocido como Summer EBT (tarjeta de transferencia electrónica de beneficios de verano), es un programa anual de beneficios para la compra de alimentos, que ayuda a las familias a comprar comida para sus hijos(as) en edad escolar en verano. Las familias recibirán un pago único de \$120 por menor elegible.

Pautas de ingresos

Se utilizan límites federales de ingresos para determinar la elegibilidad de un menor para recibir los beneficios de SUN Bucks/Summer EBT. El ingreso bruto total de un grupo familiar, antes de impuestos y deducciones, debe ser igual o menor que el límite federal de ingresos para calificar para Summer EBT. Para obtener más información sobre el límite federal de ingresos, visite <https://hhs.iowa.gov/assistance-programs/food-assistance/sun-bucks>.

¿Necesito completar una solicitud para recibir SUN Bucks/Summer EBT?

No – Su hijo(a) será inscrito(a) automáticamente si:

- Su hijo(a) recibe SNAP o FIP o ciertos programas de Medicaid **O**
- Su hijo(a) está en cuidado de crianza **O**
- Su hijo(a) es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido del National School Lunch Program (Programa Nacional de Almuerzo Escolar, NSLP) o del School Breakfast Program (Programa Escolar de Desayuno, SBP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) de acuerdo con una solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido.

Sí – Si sus hijos(as) no cumplen los requisitos mencionados previamente y usted considera que sí reúnen los requisitos para recibir los beneficios de SUN Bucks, complete una solicitud para todo su grupo familiar.

También debe presentar esta solicitud si su hijo(a) asiste a una escuela que participa en la Community Eligibility Provision (Disposición de Elegibilidad Comunitaria, CEP), que proporciona comidas gratuitas para el desayuno y el almuerzo, a menos que los niños(as) para quienes se presenta la solicitud ya cumplan con alguno de los criterios enumerados anteriormente.

Para obtener información adicional sobre la CEP, visite:

<http://educate.iowa.gov/pk-12/operation-support/nutrition-programs/school-meals/cep>

Si tiene previsto mudarse o se ha mudado recientemente, debe solicitar los beneficios ante el estado en el que sus hijos(as) completarán o completaron el año escolar inmediatamente anterior al verano para el que está solicitando los beneficios.

¡Importante!

- **Puede solicitarlo más rápido en línea:** Visite <https://hhs.iowa.gov/assistance-programs/food-assistance/sun-bucks> para iniciar su solicitud u obtener más información.
- **Información requerida:** Las preguntas con un asterisco * son obligatorias. Si no responde las preguntas obligatorias marcadas con un *, es posible que el procesamiento de su solicitud demore más tiempo.
- **Complete todas las páginas requeridas, FIRME su solicitud y envíela a:**
 - Correo electrónico: imagingcenter2@hhs.iowa.gov o
 - Fax: 515-564-4015 o
 - Correo postal: 1407 Independence Ave, Waterloo, Iowa 50704

Información sobre su grupo familiar

Programas de asistencia pública

¿Participa usted o algún miembro de su grupo familiar en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) o en el Family Investment Program (FIP)? Sí No

Si respondió sí, indique su número de caso.

¿Participa usted o algún miembro de su grupo familiar en algún programa de Medicaid? Sí No

Si respondió sí, indique su número de caso.

Menores en el hogar*

Información del menor 1

Nombre legal *	Inicial del segundo nombre	Apellido legal *
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)* <input type="checkbox"/> No sé
Origen étnico (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		
Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre de la escuela a la que asistió		
Nombre del distrito escolar		

Información del menor 2

Nombre legal *	Inicial del segundo nombre	Apellido legal *
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)* <input type="checkbox"/> No sé
Origen étnico (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		
Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre de la escuela a la que asistió		
Nombre del distrito escolar		

Información del menor 3

Nombre legal *	Inicial del segundo nombre	Apellido legal *
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)* <input type="checkbox"/> No sé
Origen étnico (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		
Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre de la escuela a la que asistió		
Nombre del distrito escolar		

Información del menor 4

Nombre legal *	Inicial del segundo nombre	Apellido legal *
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)* <input type="checkbox"/> No sé
Origen étnico (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		
Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro		
Nombre de la escuela a la que asistió		
Nombre del distrito escolar		

Adultos de su grupo familiar***Información para adultos 1**

Nombre legal *	Apellido legal *	Número de teléfono
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)* <input type="checkbox"/> No sé

Información para adultos 2

Nombre legal *	Apellido legal *	Número de teléfono
Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)* <input type="checkbox"/> No sé

Nombre legal	Apellido legal	Número de teléfono		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico		Relación que tiene con usted		

Derechos y responsabilidades:

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para recibir los 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 prestar los beneficios del programa a su grupo familiar. Los inspectores y funcionarios del orden público también pueden utilizar su información para garantizar el cumplimiento de las normas del programa. Es posible que algunos menores cumplan los requisitos para recibir el programa Summer EBT sin tener que presentar una solicitud. Comuníquese con su estado u Organización Tribal Indígena (ITO) para obtener Summer EBT para un menor en cuidado de crianza, y menores sin hogar, migrantes o que se hayan ido de su casa.

Qué necesita saber:

Si recibió un pago en exceso de SUN Bucks/Summer EBT, el HHS entregará sus respuestas a las agencias federales y estatales, y a agencias privadas de cobranzas, para cobrar el pago en exceso.

Siga las siguientes reglas del programa SUN Bucks/Summer EBT:

- No oculte ni entregue información indebida con el fin de obtener beneficios de SUN Bucks/Summer EBT.
- No use los beneficios de SUN Bucks/Summer EBT para comprar artículos que no sean alimentos; por ejemplo, alcohol o tabaco.
- No intercambie, venda ni regale sus beneficios de SUN Bucks/Summer EBT.
- No use los beneficios de SUN Bucks/Summer EBT de otra persona para usted mismo.

Sanciones

Si incumple estas reglas, es posible que no obtenga los beneficios por un año si es la primera vez, dos años si es la segunda vez, y nunca más si es la tercera vez.

Se le podría imponer una multa de hasta \$250,000 o encarcelamiento por hasta 20 años o ambas; y también podría ser llevado a juicio en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables.

Se podrían suspender sus beneficios por 18 meses adicionales, si así lo determina la Corte.

Si la Corte lo declara culpable de intercambiar beneficios por armas de fuego, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si la Corte lo declara culpable de comprar, vender o intercambiar más de \$500 en beneficios del SUN Bucks/Summer EBT, perderá los beneficios para siempre.

Si la Corte lo declara culpable de canjear los beneficios del SUN Bucks/Summer EBT por sustancias controladas, perderá los beneficios por dos años la primera vez y para siempre en caso que ocurra una segunda vez.

No recibirá los beneficios por 10 años si se lo declara culpable de obtener o intentar obtener SUN Bucks/Summer EBT en más de un estado a la vez. Esta sanción se produce si entrega información incorrecta sobre usted o el lugar donde vive. Entregar información errónea de manera intencional podría significar que tomemos acciones legales, ya sea penales o civiles, contra usted. También podría significar que rebajemos sus beneficios o que confiscemos el dinero de usted.

Se requiere una firma:

Al firmar esta solicitud, certifico que toda la información proporcionada es cierta y correcta. Entiendo que esta solicitud se realiza en relación con la recepción de fondos federales. Certifico además que actualmente no estoy recibiendo beneficios de Summer EBT en otro estado o ITO. Acepto que las agencias de Summer EBT pueden verificar la información proporcionada en esta solicitud, y entiendo que, si declaro información falsa a

sabiendas, podría ser sujeto de un procesamiento judicial en virtud de las leyes penales estatales y federales aplicables.

Firma de adulto *		Fecha*	
Nombre y apellido del adulto (en letra de imprenta)*			
La dirección que proporcione a continuación será donde se enviará la tarjeta de beneficios.			
Dirección de la casa *	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección postal (si es diferente del código postal)	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono			
Correo electrónico			
Idioma preferido			

No sufrirá discriminación - Es política del HHS de Iowa proporcionar un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a los solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, creencias políticas o condición de veterano. Si considera que el HHS ha ejercido una conducta discriminatoria o abusiva, envíe una carta con una explicación de su queja a: HHS, Bureau of Human Resources, 321 E. 12th St., Des Moines, IA 50319 o por correo electrónico a inclusion@hhs.iowa.gov

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias o venganza por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Las fechas límite para la presentación de recursos y quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa se puede entregar en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el [Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA \(AD-3027\)](#), que se encuentra en línea en [Cómo presentar una queja por discriminación en el programa](#), y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y provea toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA por:

1. **Correo postal:** 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.
3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestador que ofrece igualdad de oportunidades.