

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR SUN BUCKS (EBT DE VERANO)

¿Tiene preguntas o necesita ayuda? Llame al 1-866-843-7212 o envíe un correo electrónico a DHSS_DSS_SummerEBT@delaware.gov

Instrucciones para devolver la solicitud

Debe devolver su solicitud antes del 31 de agosto de 2025.

Puede devolver su solicitud en línea o por correo electrónico, correo postal o dejarla en una oficina de la División de Servicios Sociales.

En línea:	assist.dhss.delaware.gov	Correo electrónico:	DHSS_DSS_SummerEBT@delaware.gov
Correo postal:	Division of Social Services Attn: SUN Bucks, Lewis Bldg. P.O. Box 906, New Castle, DE 19720	Dejar en:	Encuentre una oficina de la División de Servicios Sociales en: dhss.delaware.gov/dhss/dss/ofclocations.html

Información de contacto

Teléfono:	1-866-843-7212 (8:00 AM – 4:30 PM, Lunes a viernes) Español, Kreyòl, العربية, 中文, o para otros idiomas: 1-866-843-7212 TTY (teletipo) al 711 o 1-800-232-5460 para inglés o 1-877-335-7595 para español	Correo electrónico:	DHSS_DSS_SummerEBT@delaware.gov
Página web:	DSS: dhss.delaware.gov/dhss/dss/ USDA: www.fns.usda.gov/summer/sunbucks	Solicitud en línea:	assist.dhss.delaware.gov

Normas de elegibilidad para SUN Bucks (EBT de verano)

La mayoría de las familias elegibles para SUN Bucks no necesitan aplicar. Obtendrán los beneficios automáticamente.

NO tiene que presentar una solicitud si su hijo en edad escolar:

- Recibe SNAP (beneficios de alimentos) o TANF (asistencia en efectivo).
- Recibe un tipo de Medicaid que se basa en los ingresos, y los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites para comidas escolares gratuitas o a precio reducido (185% del límite federal de pobreza).
- Recibe comidas gratuitas o a precio reducido porque completó una solicitud de comidas escolares y fue aprobado.
- Está inscrito en una escuela que participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y tiene el estatus de estar en un hogar de acogida, sin hogar, migrante, fugitivo o en Head Start.

Estos grupos de niños obtendrán los beneficios automáticamente. NO necesita rellenar una solicitud de SUN Bucks.

Si su hijo no recibe los beneficios automáticamente, es posible que pueda recibir SUN Bucks rellenando esta solicitud.

- Sólo necesita presentar una solicitud por hogar.
- Por favor complete todas las secciones de la solicitud. Debe proporcionar la información marcada con un asterisco (*) para que podamos procesar su solicitud.
- Por favor use un bolígrafo para llenar la solicitud y escriba con letra clara.

- No necesita ser ciudadano de los Estados Unidos para solicitar y calificar para SUN Bucks.
- Solicitar o recibir SUN Bucks NO afecta el estatus migratorio de sus hijos o familiares.
- El número del Seguro Social es opcional y puede aplicar, aunque no tenga uno.
- La información sobre la raza y el origen étnico es opcional y no afecta su elegibilidad. Recopilamos esta información para asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad.

Para poder beneficiarse de SUN Bucks a través de una solicitud, debe cumplir las siguientes normas:

1. Su hijo debe estar matriculado en una escuela de Delaware que participe en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares.
2. Los ingresos combinados de su unidad familiar deben ser iguales o inferiores al límite de ingresos de SUN Bucks para el tamaño de su unidad familiar.
3. Debe enviar una solicitud para SUN Bucks completa y firmada antes de la fecha límite.
4. Debe proporcionar prueba de la información de su unidad familiar si se lo solicitamos.

Límite de ingresos de SUN Bucks 185 % del nivel federal de pobreza En vigor del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025					
Tamaño de la unidad familiar	Anualmente	Mensualmente	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanalmente
1	\$27,861	\$2,322	\$1,161	\$1,072	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$1,576	\$1,455	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$1,991	\$1,838	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$2,405	\$2,220	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$2,820	\$2,603	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$3,235	\$2,986	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$3,650	\$3,369	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$4,064	\$3,752	\$1,876
Por cada persona adicional, agregue:	\$9,953	\$830	\$415	\$383	\$192



SOLICITUD DE SUN BUCKS DE DELAWARE – EBT DE VERANO DE 2025

Fecha límite de solicitud: 31 de agosto de 2025

Presente su solicitud en línea o envíela a assist.dhss.delaware.gov.

Por favor, complete una solicitud incluyendo a todos los miembros de su unidad familiar. Rellena todas las secciones. * Información requerida.

PASO 1	Información del padre/madre/tutor principal (Primary Parent/Guardian Information) Indíquenos quién es el padre, madre o tutor principal de esta unidad familiar. Esta persona recibirá la tarjeta de SUN Bucks y las notificaciones en caso de que su unidad familiar sea elegible.					
Nombre de pila (First Name) *		Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *		Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
PASO 2	Información sobre el hogar (Household Information) Ingrese su dirección. Allí enviaremos la tarjeta de SUN Bucks y las notificaciones. Si no tiene una dirección permanente, puede agregar la dirección donde recibe el correo postal.					
Dirección (Address) *			Ciudad (City) *	Estado (State) *	Código postal (Zip) *	
Número de teléfono principal (Primary Phone Number)		Número de teléfono secundario (Secondary Phone Number)		Correo electrónico (Email)		
¿En qué idioma prefiere recibir las notificaciones y cartas? (Preferred Language) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		¿Cuál es su método de comunicación preferido? (Preferred Communication) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Número de teléfono principal <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Número de teléfono secundario		¿Hay alguien en su unidad familiar que reciba SNAP (beneficios de alimentos), TANF (asistencia en efectivo) o Medicaid? (Receiving SNAP, TANF, or MA) * <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Número del caso:		
PASO 3	Información del estudiante - Año escolar 2024-2025 (Student Information) (Por favor adjunte otra hoja de papel si necesita agregar más estudiantes.) Por favor ingrese la información de cada estudiante en su unidad familiar que estuvo matriculado desde prekindergarten hasta el grado 12 en una escuela de Delaware durante el año escolar 2024-2025.					
Estudiante 1	Nombre de pila (First Name) *	Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *		Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Marque cualquier estatus que corresponda: <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza (F) <input type="checkbox"/> Sin hogar (H) <input type="checkbox"/> Que ha huido (R) <input type="checkbox"/> Migrante (M)		Grado (Grade)	ID del estudiante (Student ID)	Distrito escolar (School District)		Nombre de la escuela (School Name) *
Estudiante 2	Nombre de pila (First Name) *	Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *		Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Marque cualquier estatus que corresponda: <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza (F) <input type="checkbox"/> Sin hogar (H) <input type="checkbox"/> Que ha huido (R) <input type="checkbox"/> Migrante (M)		Grado (Grade)	ID del estudiante (Student ID)	Distrito escolar (School District)		Nombre de la escuela (School Name) *



Estudiante 3	Nombre de pila (First Name) *	Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *	Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Marque cualquier estatus que corresponda: <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza (F) <input type="checkbox"/> Sin hogar (H) <input type="checkbox"/> Que ha huido (R) <input type="checkbox"/> Migrante (M)	Grado (Grade)	ID del estudiante (Student ID)	Distrito escolar (School District)	Nombre de la escuela (School Name) *	
Estudiante 4	Nombre de pila (First Name) *	Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *	Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Marque cualquier estatus que corresponda: <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza (F) <input type="checkbox"/> Sin hogar (H) <input type="checkbox"/> Que ha huido (R) <input type="checkbox"/> Migrante (M)	Grado (Grade)	ID del estudiante (Student ID)	Distrito escolar (School District)	Nombre de la escuela (School Name) *	
PASO 4	Otros miembros del hogar (Additional Household Members) (Por favor, adjunte otra hoja de papel si necesita agregar más personas en su unidad familiar.) Por favor ingrese la información de los demás adultos y niños que viven en su unidad familiar. Incluya a todas las personas que vivan con usted y compartan ingresos y gastos, aunque no sean parientes suyos o estén temporalmente fuera de la casa. Incluya en esta sección a los niños que no son estudiantes de una escuela de Delaware.				
Persona 1	Nombre de pila (First Name) *	Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *	Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Persona 2	Nombre de pila (First Name) *	Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *	Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Persona 3	Nombre de pila (First Name) *	Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *	Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Persona 4	Nombre de pila (First Name) *	Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *	Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Persona 5	Nombre de pila (First Name) *	Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name) *	Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Número del Seguro Social (SSN)	Número del MCI (MCI #)	Raza (Race) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Etnicidad (Ethnicity) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	



PASO 5

Ingresos del hogar (Household Income) (Por favor, adjunte otra hoja de papel si necesita agregar más ingresos.)

Debe informarnos de todos los ingresos recibidos por todos los miembros de su unidad familiar. **Ingrese el ingreso bruto antes de los impuestos o deducciones.** Ingrese un "0" en las casillas en las que no haya ingresos que informar. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que informar.

Nombre de la persona que recibe los ingresos * Nombre de pila, Apellidos (Name of person receiving income)	Ingresos del trabajo * Ingrese sueldos, salarios, bonificaciones en efectivo, propinas, comisiones, ingresos del trabajo autónomo (Earnings from Work)	¿Cada cuánto se recibe? * (How often received?)	Asistencia pública, Manutención de los hijos, Pensión alimenticia * Ingrese los subsidios de desempleo, compensación laboral, asistencia en efectivo, subsidios para veteranos, subsidios de huelga, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), pensión alimenticia, manutención de los hijos (Public Assistance, Child Support, Alimony)	¿Cada cuánto se recibe? * (How often received?)	Pensiones, Jubilación, Todos los demás * Ingrese el Seguro Social / Incapacidad, pensiones privadas, beneficios por incapacidad, ingresos de fideicomisos o bienes, rentas vitalicias, ingresos por inversiones, ingresos por intereses, ingresos por alquileres, otros pagos regulares en efectivo a su unidad familiar (Pensions, Retirement, All Other)	¿Cada cuánto se recibe? * (How often received?)
	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Fuente: Cantidad de \$:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente

PASO 6

Consentimiento del representante autorizado (Opcional) (Authorized Representative Consent)

Puede pedir a alguien que no viva en su unidad familiar que le ayude a rellenar esta solicitud. Esta persona debe tener 18 años o más. Usted da permiso para que la persona mencionada a continuación solicite los beneficios, informe sobre los cambios y haga averiguaciones para su unidad familiar con respecto a SUN Bucks.

Nombre de pila (First Name)		Inicial del segundo nombre (MI)	Apellidos (Last Name)		Sufijo (Suffix)	Fecha de nacimiento (DOB) MM/DD/AAAA
Dirección (Address)			Ciudad (City)		Estado (State)	Código postal (Zip)
Número de teléfono principal (Primary Phone Number)		Número de teléfono secundario (Secondary Phone Number)		Correo electrónico (Email)		



PASO 7 Derechos y responsabilidades

Si su familia tiene previsto mudarse o se ha mudado recientemente, deberá solicitar SUN Bucks (EBT de verano) en el estado en el que su hijo vaya a terminar el año escolar inmediatamente anterior al periodo de verano. Si hemos confirmado que su hijo no está inscrito en una escuela de Delaware y se ha mudado a otro estado, su hijo no será elegible para SUN Bucks en Delaware.

Puede pedirle a alguien que no viva en su unidad familiar que lo ayude a rellenar la solicitud. Esto se denomina representante autorizado. Con su permiso, su representante autorizado puede rellenar, firmar y enviar la solicitud por usted. Puede añadir, cambiar o eliminar a un representante autorizado en cualquier momento poniéndose en contacto con nosotros.

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar quién es elegible para recibir los beneficios de SUN Bucks. Solo podemos aprobar formularios que estén debidamente rellenados. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición a fin de ayudarlos a hacer la entrega de los beneficios del programa a su unidad familiar. Los inspectores y las autoridades policiales también pueden utilizar sus datos para asegurarse de que se cumplen las normas del programa. Algunos niños pueden calificar para SUN Bucks sin necesidad de presentar una solicitud. Póngase en contacto con su estado o la Organización Tribal Indígena (ITO, en inglés) para obtener SUN Bucks para un niño en hogar de acogida, y para niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

Parte de la información que nos facilite podría comprobarse utilizando fuentes electrónicas. Al rellenar esta solicitud, acepta que los Servicios de Salud y Sociales de Delaware puedan utilizar estas fuentes electrónicas para comprobar si es elegible.

La información que recopilamos sobre usted es privada. Sólo las personas que tienen la necesidad y el derecho legal pueden ver su información. Para saber cómo la División de Servicios Sociales utiliza y divulga su información personal, visite <https://www.dhss.delaware.gov/dhss/dss/regs.html> para ver nuestro aviso de privacidad.

Tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con una decisión o medida que tomemos sobre su solicitud para SUN Bucks. Tiene hasta 90 días después del periodo del verano para solicitar una audiencia.

Declaración de no discriminación de la USDA (La información de contacto que figura a continuación es sólo para quejas sobre derechos civiles. Vea la página 1 para las instrucciones sobre cómo devolver su solicitud).

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. **correo:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:** Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

PASO 8 Firma y declaración de la certificación

- Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es correcta y exacta y que se declaran todos los ingresos.
- Entiendo que es posible que tenga que dar más información o pruebas de las circunstancias de mi unidad familiar.
- Confirmando que mi familia no recibe actualmente los beneficios de SUN Bucks (EBT de verano) en Delaware o otro estado.
- Entiendo que esta información se facilita en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios estatales pueden verificar (confirmar) la información.
- Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos podrían perder los beneficios de SUN Bucks (EBT de verano) y yo podría ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.
- He leído y comprendo la declaración de certificación y los derechos y las responsabilidades, y estoy de acuerdo con estos términos.

SE REQUIERE DE LA FIRMA

Debe firmar para completar su solicitud.

Firma del padre/madre/tutor *

Nombre del padre/madre/tutor en letra de imprenta *

Fecha *

Firma del representante autorizado (Opcional)

Si tiene un representante autorizado, debe firmar aquí.

Firma del representante autorizado

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta

Fecha

