

SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA ALABAMA SUN BUCKS

Cumplimente una solicitud por grupo familiar.

Utilice un bolígrafo azul o negro, no lápiz ni marcador.

Cómo llenar los círculos del formulario: **Correcto** ● **Incorrecto** ❌ ✗ ✅



¡Importante!

- **Puede presentar su solicitud más rápido en línea.** Vaya a www.alabama-sunbucks.com para iniciar su solicitud u obtener más información.
- **Información obligatoria.** Las preguntas marcadas con una estrella (*) son obligatorias. Si no responde a las preguntas obligatorias marcadas con una *, su solicitud tardará más tiempo en procesarse.
- **Cumplimente todas las páginas obligatorias, FIRME su solicitud y envíela así:**
 - Correo electrónico: support@alabama-sunbucks.com; o
 - Correspondencia: P.O. Box 241089, Montgomery, Alabama, 36124-1089

¿Qué es Summer EBT?

Alabama SUN Bucks (S-EBT) es un nuevo programa anual de beneficios en forma de provisiones que tiene como fin ayudar a las familias a comprar alimentos para sus hijos en edad escolar durante el verano. Las familias recibirán un pago por única vez de \$120 por cada menor elegible. Los grupos familiares que participan en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), en el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o en Medicaid a través del proyecto piloto escolar pueden ser elegibles de manera automática y no necesitan presentar una solicitud. También pueden ser elegibles de manera automática para el Programa Alabama SUN Bucks los menores que están bajo cuidado sustituto, aquellos inscritos en programas para migrantes, aquellos que la escuela sabe que están sin hogar o aquellos que asisten a un programa Head Start.

Antes de comenzar: revise la siguiente información para ayudarnos en el procesamiento de su solicitud.

1. **Uso del término 'grupo familiar':** grupo familiar es un colectivo de personas (emparentadas o no) que viven juntas y comparten cuestiones como alimentos y dinero.
2. **Consejos sobre lo que debe tener listo:**

 Información de los menores <ul style="list-style-type: none">• Nombres y fechas de nacimiento.• Escuela y distrito donde cada menor terminó el año escolar.	 Ingresos familiares <ul style="list-style-type: none">• Información sobre los ingresos de todos los adultos y menores del grupo familiar (consulte las páginas 2 y 3 para conocer las fuentes de ingresos).	 Dirección postal del grupo familiar <ul style="list-style-type: none">• Esta dirección se utilizará para enviar por correspondencia notificaciones y tarjetas S-EBT.• Si se mudó, presente una solicitud para recibir beneficios en el estado donde su menor terminó el año escolar.
--	--	---
3. **Señale el método preferido de contacto y el idioma para recibir notificaciones:**
 - Puede seleccionar su método preferido de contacto. Envíe esta página junto con su solicitud.
 - Los mensajes telefónicos y de correo electrónico están disponibles en inglés o español. El inglés será el idioma predeterminado para mensajes telefónicos y de correo electrónico, a menos que se seleccione español.

Idioma preferido de notificación:

Inglés

Español / Spanish

Método preferido de contacto:

Correo electrónico

Teléfono

¿Necesita ayuda para cumplimentar esta solicitud debido a una discapacidad? ¿Necesita un intérprete? Si es así, pida ayuda llamando al 1-800-443-3536.

Pautas de ingresos

Los siguientes requisitos federales en materia de ingresos se utilizan para determinar la elegibilidad de un menor para el Programa Alabama SUN Bucks. Los ingresos brutos totales de un grupo familiar (antes de impuestos y deducciones) deben ser iguales o inferiores a los siguientes montos con el fin de considerarse como elegible para el Programa Alabama SUN Bucks.

Pautas de elegibilidad por ingresos

[Vigentes desde el 1 de julio de 2025 hasta el 30 de junio de 2026]

Tamaño del grupo familiar	Ingresos o ganancias				
	Anuales	Mensuales	Dos veces al mes	Quincenales	Semanales
1.....	28,953	2,413	1,207	1,114	557
2.....	39,128	3,261	1,631	1,505	753
3.....	49,303	4,109	2,055	1,897	949
4.....	59,478	4,957	2,479	2,288	1,144
5.....	69,653	5,805	2,903	2,679	1,340
6.....	79,828	6,653	3,327	3,071	1,536
7.....	90,003	7,501	3,751	3,462	1,731
8.....	100,178	8,349	4,175	3,853	1,927
Por cada familiar adicional, agregue.....	10,175	848	424	392	196

Fuentes de ingresos y ejemplos

Fuentes de ingresos de adultos

Ganancias del trabajo

- Sueldo, salarios, bonificaciones en efectivo, propinas, comisiones
- Ingresos netos empleo por cuenta propia (agricultura o negocio)

Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos:

- Remuneración básica y bonificaciones en efectivo (no incluyen remuneración por combate, beneficios del Programa de Asignación Familiar Complementaria de Subsistencia (FSSA) ni asignaciones de vivienda privatizada)
- Asignaciones para vivienda, alimentación y ropa fuera de la base

Asistencia pública, desempleo, pensión alimenticia y manutención infantil

- Beneficios por desempleo
- Indemnización laboral
- Beneficios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI)
- Pagos de pensión alimenticia
- Pagos de manutención infantiles
- Beneficios para veteranos
- Beneficios por huelga

Pensiones, jubilación y otras fuentes

- Seguro Social o discapacidad (incluyendo jubilación de empleados ferroviarios y beneficios por neumoconiosis)
- Pensiones privadas o beneficios por discapacidad
- Ingresos provenientes de fideicomisos o patrimonios
- Anualidades
- Ingresos provenientes de inversiones
- Intereses devengados
- Ingresos por alquiler
- Pagos regulares en efectivo provenientes de un grupo familiar externo

Fuentes de ingresos de menores:

Dinero recibido de fuera de su grupo familiar que se paga **DIRECTAMENTE** a sus menores.

- Un menor tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial donde devenga un sueldo o salarios.
- Un menor experimenta ceguera o una discapacidad y recibe beneficios del Seguro Social.
- Un menor recibe beneficios del Seguro Social porque uno de sus padres tiene una discapacidad, está jubilado o ha fallecido.
- Un amigo o un integrante de la familia extendida aporta dinero con regularidad para gastos del menor.
- Un menor recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, de una anualidad o de un fideicomiso.

Sanciones del Programa Alabama SUN Bucks (EBT)

Si usted hace lo siguiente...

- Ocultar información o hacer declaraciones falsas.
 - Utilizar tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) que pertenezcan a otra persona.
 - Utilizar beneficios para recibir alimentos en la compra de alcohol o tabaco.
 - Intercambiar o vender beneficios o tarjetas EBT.
 - Volcar contenedores únicamente para obtener el valor de canje en efectivo.
 - Revender alimentos comprados con beneficios para recibir alimentos por dinero en efectivo.
-
- Intercambio de beneficios para recibir alimentos por sustancias controladas, tales como drogas.
 - Intercambio de beneficios para recibir alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos.
 - Intercambio, compra o venta de beneficios para recibir alimentos por valor de \$500 o más.
-
- Dar información falsa sobre quién es usted o dónde vive con el fin de poder obtener beneficios adicionales para recibir alimentos.

Perderá beneficios para recibir alimentos

- 12 meses por la primera falta.
 - 24 meses por la segunda falta.
 - De manera permanente por la tercera falta.
-
- 24 meses por la primera falta.
 - De manera permanente por la segunda falta.
-
- De manera permanente.
-
- De manera permanente.
-
- 10 años por cada falta.

También puede recibir una multa de hasta 250,000 dólares o ser encarcelado por hasta 20 años (o ambos) por cometer estos actos. También se le pueden imputar cargos en virtud de otras leyes federales.

Si a sabiendas hace lo siguiente...

- Utilizar tarjetas EBT que no sean suyas.
- Transferir sus tarjetas EBT a otras personas.
- Adquirir o poseer tarjetas EBT que no sean suyas.

Le puede suceder lo siguiente...

- Ser declarado culpable de un delito grave o menor.
- Recibir una multa.
- Ser encarcelado.
- No ser elegible respecto a beneficios para recibir alimentos por un lapso de tiempo.

¿Preguntas?

Llame al Centro de Atención Telefónica del Programa Alabama SUN Bucks al 1-800-443-3536. El Centro de Atención Telefónica está abierto de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora estándar del centro [CST]).

Los elementos con “*” son campos obligatorios.

PASO 1. INFORMACIÓN DE LOS MENORES

Mencione a cada menor en su grupo familiar.

Para cada menor mencionado, declare los ingresos brutos totales, si los hubiera (antes de impuestos y deducciones) solamente en dólares enteros (sin centavos). Esto puede incluir ganancias del trabajo, beneficios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social y otro tipo de ingresos. Si no se reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'.

Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, usted certifica (jura) que el menor mencionado no tiene ingresos qué declarar.

MENOR 1

Nombre*

Inic. 2.º nombre Apellido*

¿Quiere presentar una solicitud para recibir beneficios del Programa Alabama SUN Bucks para este menor?

Sí No

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA). Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Origen étnico (opcional)

¿Este menor es hispano, no hispano, latino o de ascendencia española?

Sí No

Nombre de la escuela a la que asistió al final del año escolar

Nombre del distrito escolar

Fuente(s) de ingresos

Ingresos del menor

\$

Semanales Quincenales Mensuales Dos veces al mes Anuales

Herencia racial (opcional)

Afroamericano

Asiático

Oriente Medio o África del Norte

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

Blanco

Otro

MENOR 2

Nombre*

Inic. 2.º nombre Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA). Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Nombre de la escuela a la que asistió al final del año escolar

Nombre del distrito escolar

Fuente(s) de ingresos

Ingresos del menor

\$

Semanales Quincenales Mensuales Dos veces al mes Anuales

¿Quiere presentar una solicitud para recibir beneficios del Programa Alabama SUN Bucks para este menor?

Sí No

Origen étnico (opcional)

¿Este menor es hispano, no hispano, latino o de ascendencia española?

Sí No

Herencia racial (opcional)

Afroamericano

Asiático

Oriente Medio o África del Norte

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

Blanco

Otro

MENOR 3

Nombre*

Inic. 2.º nombre Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA). Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Nombre de la escuela a la que asistió al final del año escolar

Nombre del distrito escolar

Fuente(s) de ingresos

Ingresos del menor

\$

Semanales Quincenales Mensuales Dos veces al mes Anuales

¿Quiere presentar una solicitud para recibir beneficios del Programa Alabama SUN Bucks para este menor?

Sí No

Origen étnico (opcional)

¿Este menor es hispano, no hispano, latino o de ascendencia española?

Sí No

Herencia racial (opcional)

Afroamericano

Asiático

Oriente Medio o África del Norte

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

Blanco

Otro

PASO 2. ADULTOS E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

Mencione a cada adulto en el grupo familiar y sus ingresos (antes de impuestos y deducciones).

- A. ¿Usted o algún integrante de su grupo familiar participa en alguno de los siguientes programas? ¿Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?

Si la respuesta es NO -> Continúe con el paso B

Si la respuesta es SÍ -> Facilite su número de caso ÚNICO:

- B. Mencione a todos los adultos del grupo familiar (incluyéndose usted). Para cada adulto mencionado, declare los ingresos brutos totales, si los hubiera (antes de impuestos y deducciones) solamente en dólares enteros (sin centavos). Si no se reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. **Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, usted certifica (jura) que la persona mencionada del grupo familiar no tiene ingresos qué declarar.**

- C. ¿Presentó una solicitud para recibir comidas gratuitas o a precio reducido durante este año escolar?

Sí No

Si la respuesta es Sí:

Recibió aprobación para recibir comidas gratuitas mediante una solicitud de comidas escolares.

Recibió aprobación para recibir comidas a precio reducido mediante una solicitud de comidas escolares.

Se le negó la posibilidad de recibir comidas gratuitas o a precio reducido mediante una solicitud de comidas escolares.

Total de integrantes adultos Total de integrantes menores

ADULTO 1

Nombre*

Inic. 2.º nombre

Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA).

Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Ganancias del trabajo *

\$

Semanales

Quincenales

Mensuales

Dos veces al mes

Anuales

Asistencia pública, desempleo, manutención infantil y pensión alimenticia *

\$

Semanales

Quincenales

Mensuales

Dos veces al mes

Anuales

Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social y otro tipo de ingresos*

\$

Semanales

Quincenales

Mensuales

Dos veces al mes

Anuales

ADULTO 2

Nombre*

I nic. 2.º nombre Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA).

Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Ganancias del trabajo *

\$

Semana les	Quincenales	Mensual es	Dos veces al mes	Anua les
------------	-------------	------------	------------------	----------

Asistencia pública, desempleo, manutención infantil y pensión alimenticia *

\$

Semana les	Quincenales	Mensual es	Dos veces al mes	Anua les
------------	-------------	------------	------------------	----------

Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social y otro tipo de ingresos*

\$

Semana les	Quincenales	Mensual es	Dos veces al mes	Anua les
------------	-------------	------------	------------------	----------

ADULTO 3

Nombre*

I nic. 2.º nombre Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA).

Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Ganancias del trabajo *

\$

Semana les	Quincenales	Mensual es	Dos veces al mes	Anua les
------------	-------------	------------	------------------	----------

Asistencia pública, desempleo, manutención infantil y pensión alimenticia *

\$

Semana les	Quincenales	Mensual es	Dos veces al mes	Anua les
------------	-------------	------------	------------------	----------

Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social y otro tipo de ingresos*

\$

Semana les	Quincenales	Mensual es	Dos veces al mes	Anua les
------------	-------------	------------	------------------	----------

PASO 3. FIRMA E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Facilite su firma y nombre en letra de imprenta para certificar la solicitud. Indique la mejor forma de comunicarnos con usted. La dirección postal indicada se utilizará para enviar la tarjeta Alabama SUN Bucks.

Al firmar, "Certifico (juro) que toda la información de esta solicitud es veraz y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se facilita en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios del Programa Alabama SUN Bucks pueden verificarla (confirmarla). Estoy al tanto de que, si facilito información falsa a sabiendas, el participante podría perder sus beneficios y se me puede someter a enjuiciamiento conforme a las leyes estatales y federales aplicables".

Firma del adulto *

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)

/ /

Nombre del adulto *

Apellido del adulto *

Número de teléfono

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA).

/ /

Línea 1 de la dirección postal del grupo familiar

Línea 2 de la dirección postal del grupo familiar

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Número de Seguro Social (SSN)

Declaración de uso de la información, declaración de elegibilidad categórica y declaración de divulgación de información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que usemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para recibir beneficios del Programa Summer EBT. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a brindar los beneficios de dichos programas a su grupo familiar.

Los inspectores y las autoridades del orden público también pueden utilizar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos menores califican para el Programa Summer EBT sin presentar una solicitud.

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la legislación federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores en materia de derechos civiles. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. La información sobre programas puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre programas (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa, con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o bien ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en programas, el reclamante debe cumplimentar un formulario AD-3027 ("Formulario de presentación de quejas por discriminación en programas del USDA"), que se puede obtener en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o bien escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener tanto el nombre, la dirección, y el número de teléfono del reclamante como una descripción por escrito de la presunta medida discriminatoria con suficiente detalle con el fin de informar al secretario adjunto de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta infracción en materia de derechos civiles. Comuníquese con su estado u organización tribal indígena (ITO) para que un menor bajo cuidado sustituto, sin hogar, migrante o fugado reciba beneficios del Programa Summer EBT.

El formulario AD-3027 cumplimentado o la carta debe enviarse al USDA así:

Correspondencia:

Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

Fax:

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

Correo electrónico:

Program.Intake@usda.gov

¿Preguntas?

Llame al Centro de Atención Telefónica del Programa Alabama SUN Bucks al 1-800-443-3536. El Centro de Atención Telefónica está abierto de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora estándar del centro [CST]).



Esta página solo es necesaria si usted se vale de un representante autorizado para ayudarle a cumplimentar y enviar su solicitud.

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

Al firmar, "Certifico (juro) que toda la información de esta solicitud es veraz y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se facilita en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios del Programa Alabama SUN Bucks pueden verificarla (confirmarla). Estoy al tanto de que, si facilito información falsa a sabiendas, el participante podría perder sus beneficios y se me puede someter a enjuiciamiento conforme a las leyes estatales y federales aplicables".

A. ¿Quiere darle permiso a un representante autorizado con el fin de que presente una solicitud para recibir beneficios en su lugar?

Sí No

B. Si la respuesta es Sí → Pida al representante autorizado que cumplimente su información a continuación:

Nombre del representante: **Iinic. 2.º nombre** **Apellido:**

Número de teléfono:

Descargos de responsabilidad y declaraciones de la aplicación

Derechos y responsabilidad de un representante autorizado

Un representante autorizado puede emprender acciones como las siguientes para el (los) cliente(s): Firmar y enviar solicitudes, informar cambios y recibir copias de notificaciones y otro tipo de comunicaciones.

Un representante autorizado actúa en nombre del (de los) cliente(s) para el Programa Alabama SUN Bucks que presentan una solicitud o reciben sus beneficios. Esto se aplicará a todos los clientes del caso. El representante autorizado que figura en este formulario reemplazará a cualquier representante autorizado anteriormente designado en el caso. La persona u organización que sea elegida como representante autorizado seguirá siendo tal hasta que suceda lo siguiente:

- Un cliente del caso le informa al estado de Alabama que desea finalizar esta aprobación; o
- El representante autorizado le informa al estado de Alabama que desea finalizar esta aprobación; o
- La persona u organización ya no está autorizada para actuar como representante autorizado del cliente.

Si, a sabiendas, el representante autorizado retiene, facilita información errónea o incompleta al Programa Alabama SUN Bucks y la información da lugar a un pago en exceso, el (la) parent (madre) o tutor tendrá que restituir los beneficios que no debió haber recibido.

El representante autorizado debe mantener la confidencialidad de cualquier información facilitada por el Programa Alabama SUN Bucks con respecto a cualquier persona incluida en la solicitud o el caso, así como también cumplir con cualquier otra ley estatal y federal pertinente y relacionada con conflictos de intereses y confidencialidad de la información.

MENOR 4 – PASO 1. INFORMACIÓN DE LOS MENORES (ESPACIO ADICIONAL)

Nombre*

Inic. 2.º nombre Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA). Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Nombre de la escuela a la que asistió al final del año escolar

Nombre del distrito escolar

Fuente(s) de ingresos

Ingresos del menor

\$

Semanales Quincenales Mensuales Dos veces al mes Anuales

¿Quiere presentar una solicitud para recibir beneficios del Programa Alabama SUN Bucks para este menor?

Sí No

Origen étnico (opcional)

¿Este menor es hispano, no hispano, latino o de ascendencia española?

Sí No

Herencia racial (opcional)

Afroamericano

Asiático

Oriente Medio o África del Norte

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

Blanco

Otro

MENOR 5 – PASO 1. INFORMACIÓN DE LOS MENORES (ESPACIO ADICIONAL)

Nombre*

Inic. 2.º nombre Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA). Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Nombre de la escuela a la que asistió al final del año escolar

Nombre del distrito escolar

Fuente(s) de ingresos

Ingresos del menor

\$

Semanales Quincenales Mensuales Dos veces al mes Anuales

¿Quiere presentar una solicitud para recibir beneficios del Programa Alabama SUN Bucks para este menor?

Sí No

Origen étnico (opcional)

¿Este menor es hispano, no hispano, latino o de ascendencia española?

Sí No

Herencia racial (opcional)

Afroamericano

Asiático

Oriente Medio o África del Norte

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

Blanco

Otro

MENOR 6 – PASO 1. INFORMACIÓN DE LOS MENORES (ESPACIO ADICIONAL)

Nombre*

Inic. 2.º nombre Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA). Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Nombre de la escuela a la que asistió al final del año escolar

Nombre del distrito escolar

Fuente(s) de ingresos

Ingresos del menor

\$

Semanales Quincenales Mensuales Dos veces al mes Anuales

¿Quiere presentar una solicitud para recibir beneficios del Programa Alabama SUN Bucks para este menor?

Sí No

Origen étnico (opcional)

¿Este menor es hispano, no hispano, latino o de ascendencia española?

Sí No

Herencia racial (opcional)

Afroamericano

Asiático

Oriente Medio o África del Norte

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

Blanco

Otro

MENOR 7 – PASO 1. INFORMACIÓN DE LOS MENORES (ESPACIO ADICIONAL)

Nombre*

Inic. 2.º nombre Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA). Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Nombre de la escuela a la que asistió al final del año escolar

Nombre del distrito escolar

Fuente(s) de ingresos

Ingresos del menor

\$

Semanales Quincenales Mensuales Dos veces al mes Anuales

¿Quiere presentar una solicitud para recibir beneficios del Programa Alabama SUN Bucks para este menor?

Sí No

Origen étnico (opcional)

¿Este menor es hispano, no hispano, latino o de ascendencia española?

Sí No

Herencia racial (opcional)

Afroamericano

Asiático

Oriente Medio o África del Norte

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

Blanco

Otro

ADULTO 4 – PASO 2. ADULTOS E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (ESPAZIO ADICIONAL)

Nombre*

Inic. 2.º nombre

Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA).

Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Ganancias del trabajo *

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

Asistencia pública, desempleo, manutención infantil y pensión alimenticia *

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social y otro tipo de ingresos*

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

ADULTO 5 – PASO 2. ADULTOS E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (ESPAZIO ADICIONAL)

Nombre*

Inic. 2.º nombre

Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA).

Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Ganancias del trabajo *

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

Asistencia pública, desempleo, manutención infantil y pensión alimenticia *

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social y otro tipo de ingresos*

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

ADULTO 6 – PASO 2. ADULTOS E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (ESPAZIO ADICIONAL)

Nombre*

Inic. 2.º nombre

Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA).

Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Ganancias del trabajo *

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

Asistencia pública, desempleo, manutención infantil y pensión alimenticia *

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social y otro tipo de ingresos*

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

ADULTO 7 – PASO 2. ADULTOS E INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (ESPAZIO ADICIONAL)

Nombre*

Inic. 2.º nombre

Apellido*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA).

Número de Seguro Social (SSN)

/ /

Ganancias del trabajo *

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

Asistencia pública, desempleo, manutención infantil y pensión alimenticia *

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------

Pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios del Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social y otro tipo de ingresos*

\$

Semanales	Quincenales	Mensuales	Dos veces al mes	Anuales
-----------	-------------	-----------	------------------	---------