

Quando llene el CNEEB, asegúrese de completar estas secciones.

Para obtener más instrucciones, comuníquese con: child.nutrition@k12.wa.us

2026-2027 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application –

Postúlese en línea: _____ Complete, firme y envíe esta solicitud a: _____

Con esta solicitud, usted puede ser elegible para: recibir asistencia alimentaria, beneficios de SUN Bucks (si su hijo asiste a una escuela que participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares [National School Lunch Program, NSLP] o el Programa de Desayunos Escolares [School Breakfast Program, SBP]), obtener tarifas reducidas en otros programas y actividades, y ayudar a conseguir recursos económicos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) asiste(n) a una escuela que implementa la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (Community Eligibility Provision, CEP) o la Provisión 2, completar este formulario no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo.

Seleccione esta casilla si el año pasado recibió asistencia alimentaria: ☐ Seleccione esta casilla si NO desea recibir beneficios o brindar su información sobre ingresos: ☐

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Marque con una "x" la casilla correspondiente si el estudiante vive en un hogar temporal, está en situación de calle o utiliza servicios educativos para migrantes. Registre todos los ingresos personales que recibe el estudiante y marque con una "x" la casilla que corresponda para indicar con qué frecuencia los recibe. ☐ Sin hogar ☐ Migrante

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	En hogar temporal	Fecha de nacimiento*	Escuela*	Grado*	Ingreso del estudiante	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐

Agregue los ingresos del estudiante, si los hay.

Agregue el número de caso si recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR.

2. Si algún integrante de su hogar, incluido usted, participa actualmente en uno o más programas de asistencia, indique el número o de caso. De lo contrario, continúe con el Paso 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) Número de caso: _____

3. Escriba los nombres de todos los otros integrantes de su hogar - Informe los ingresos en dólares (sin centavos) y SELECCIONE con qué frecuencia los recibe. Si algún integrante del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de ingresos, se entenderá que no tiene ingresos para declarar.

Nombre de TODOS los otros integrantes del hogar (no incluya los estudiantes que ingresó anteriormente)	En hogar temporal	Ingresos por trabajo (antes de cualquier deducción)				Asistencia social/ Manutención infantil/ Pensión alimenticia				Pagos por pensiones/Jubilación/ Seguro Social (SSI)				Otros ingresos no especificados previamente			
		Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes	Por semana	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Por mes
	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐

Agregue los ingresos del hogar.

4. Cantidad total de integrantes en el hogar (incluya a todos los integrantes que vivan en su hogar): (la cantidad de integrantes antes mencionados debe ser igual a la cantidad total enumerada aquí)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) de Seleccione si no tiene SSN: ☐ Trabajador asalariado primario u otro integrante del hogar (opcional si solicita la Transferencia Electrónica de Beneficios de Verano [Summer Electronic Benefits Transfer, Summer EBT])

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a:

Yo declaro (certifico) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, que he informado todos los ingresos y que nadie en mi hogar recibe beneficios de SUN Bucks a través de un estado correspondiente. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que las autoridades escolares si proporciono información falsa intencionalmente, mis hijos pueden perder estos beneficios y yo puedo enfrentar procesos legales bajo las leyes penales estatales o federales aplicables.

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Nombre en letra de imprenta del integrante adulto del hogar

Firma del integrante adulto del hogar

Dirección de correo electrónico*

Dirección postal**

Ciudad, estado y código postal**

Número de teléfono durante el día*

Fecha

*Estos campos son únicamente para fines informativos y no es obligatorio completarlos.

**Este campo es opcional. Sin embargo, la dirección postal proporcionada será útil para determinar a dónde enviar las notificaciones y las tarjetas de SUN Bucks, según corresponda.

Incluya los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o indique que no tiene uno.