



**Massachusetts 2026**  
**Solicitud de beneficios SUN Bucks**



<b>¿Cómo solicito beneficios SUN Bucks?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente su solicitud en línea en <a href="http://www.DTAConnect.com">www.DTAConnect.com</a></li> <li>• Envíela por correo postal a: <b>PB - SUN Bucks</b> <b>P.O. Box 405</b> <b>East Boston, MA 02128</b></li> </ul>

**SUN Bucks** es un nuevo programa federal que proporciona dinero para alimentos durante el verano a familias de Massachusetts con hijos en edad escolar.

**SUN Bucks** es un programa cuya elegibilidad se basa en los ingresos. Para saber si su familia puede ser elegible para SUN Bucks 2026, siga los pasos que se indican a continuación. Le enviaremos una carta para confirmar que recibimos su solicitud, pero le enviaremos una notificación con la decisión antes de que finalice el año escolar 2025-2026.

**En primer lugar, calcule los ingresos ANUALES de su grupo familiar.** Asegúrese de incluir todas las fuentes de ingresos, como trabajo, asistencia pública, manutención de los hijos, pensión alimentaria, pensiones, jubilación, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), seguro de desempleo, beneficios para veteranos e ingresos por hijos. Utilice los ingresos brutos, antes de cualquier deducción de impuestos, seguros, gastos médicos, manutención de los hijos, etc.

**En segundo lugar, identifique en la tabla siguiente el número total de personas que integran su grupo familiar.** Cuente a todos los niños y adultos, emparentados y no emparentados, que vivan en su grupo familiar y compartan ingresos y gastos.

**En tercer lugar, siga la flecha desde el número de personas hasta los ingresos brutos que califican. Si los ingresos de su grupo familiar se encuentran dentro del intervalo indicado para el número de personas que lo componen, marque la casilla y complete el formulario.** Su grupo familiar debe cumplir los requisitos de ingresos para el tamaño de su grupo familiar a fin de ser identificado como elegible para SUN Bucks. Por ejemplo, un grupo familiar compuesto por un adulto y dos niños (tres personas en total) y con ingresos de \$40,000 cumpliría los requisitos porque sus ingresos se sitúan entre \$0 y \$49,303.

**Pautas de elegibilidad en función de los ingresos para las solicitudes recibidas a partir del 7/1/2025:**

Cant. de personas en el grupo familiar	Si los ingresos de su grupo familiar están en este rango...	marque esta casilla.
2 →	\$0 - \$39,128 →	<input type="checkbox"/>
3 →	\$0 - \$49,303 →	<input type="checkbox"/>
4 →	\$0 - \$59,478 →	<input type="checkbox"/>
5 →	\$0 - \$69,653 →	<input type="checkbox"/>
6 →	\$0 - \$79,828 →	<input type="checkbox"/>
7 →	\$0 - \$90,003 →	<input type="checkbox"/>
8 →	\$0 - \$100,178 →	<input type="checkbox"/>

**Pautas de elegibilidad en función de los ingresos para las solicitudes recibidas a partir del 7/1/2026:**

Cant. de personas en el grupo familiar	Si los ingresos de su grupo familiar están en este rango...	marque esta casilla.
2 →	\$0 - \$40,034 →	<input type="checkbox"/>
3 →	\$0 - \$50,542 →	<input type="checkbox"/>
4 →	\$0 - \$61,050 →	<input type="checkbox"/>
5 →	\$0 - \$71,558 →	<input type="checkbox"/>
6 →	\$0 - \$82,066 →	<input type="checkbox"/>
7 →	\$0 - \$92,574 →	<input type="checkbox"/>
8 →	\$0 - \$103,082 →	<input type="checkbox"/>

**Si cree que su grupo familiar podría ser elegible para SUN Bucks, complete esta solicitud.** Tenga en cuenta que SUN Bucks no es una solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido, y este formulario no afectará en modo alguno el acceso de su hijo/hija a comidas y desayunos gratuitos o a precio reducido si su hijo/hija ya tiene acceso a estos beneficios.

Para poder acceder a SUN Bucks, las solicitudes deben recibirse antes del último día del período de verano del año escolar. Para obtener más información sobre el período de verano, visite <http://www.mass.gov/sunbucks>.

**No es necesario que complete esta solicitud si:**

- Ha recibido una notificación en la que se le informa que su hijo/hija ya está autorizado/a para recibir comidas gratuitas o a precio reducido y/o
- Ha recibido un mensaje de texto o correo electrónico de bienvenida a SUN Bucks del DTA.

La información que las familias proporcionen en este formulario sólo se utilizará para determinar la elegibilidad para SUN Bucks 2026 y podrá conservarse con fines de auditoría.

Siga los pasos que se indican a continuación para completar el formulario y devuélvalo a **PB-SUN Bucks**. Si necesita ayuda para completar cualquier parte del formulario, póngase en contacto con la línea directa de SUN Bucks llamando al 855-425-8770.

## Obtenga más fondos para alimentos

**DTA: Beneficios del SNAP:** Si aún no los tiene, es posible que pueda obtener beneficios para alimentos del SNAP para comprar alimentos durante todo el año. Una familia de 3 miembros puede recibir hasta \$768 al mes. Visite [Mass.gov/SNAP](https://www.mass.gov/SNAP) para obtener más información y presentar una solicitud.

**DTA: Beneficios en efectivo:** Si tiene hijos y sus ingresos son nulos o muy bajos, puede ser elegible para recibir beneficios de TAFDC. Visite [Mass.gov/How-to/Apply-for-TAFDC](https://www.mass.gov/How-to/Apply-for-TAFDC) para obtener más información y presentar una solicitud.

**DESE:** Summer Eats ofrece comidas gratuitas en áreas elegibles a menores de 18 años durante los meses de verano. Las comidas suelen ofrecerse en el mismo lugar que las actividades educativas y recreativas. Para encontrar sitios donde comer, visite [ProjectBread.org/SummerEats](https://ProjectBread.org/SummerEats) o llame a la Project Bread FoodSource Hotline al 800-645-8333. También puede llamar a la FoodSource Hotline para obtener información sobre otros recursos de alimentos locales.

**WIC:** Beneficio mensual para alimentos para grupos familiares con hijos menores de 5 años o mujeres embarazadas. Con WIC también puede recibir educación gratuita en nutrición, apoyo para la lactancia y remisiones a atención médica y otros servicios. Para obtener más información y para solicitarlo, ingrese a [Mass.gov/WIC](https://www.mass.gov/WIC) o llame al 800-942-1007.



**Massachusetts 2026**  
**Solicitud de beneficios SUN Bucks**



<b>¿Cómo solicito beneficios SUN Bucks?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente su solicitud en línea en <a href="http://www.DTAConnect.com">www.DTAConnect.com</a></li> <li>• Envíela por correo postal a: <b>PB - SUN Bucks</b> <b>P.O. Box 405</b> <b>East Boston, MA 02128</b></li> </ul>

**Pasos de la solicitud de SUN Bucks:**

1. Información del/de la solicitante
2. Información de contacto
3. Información del grupo familiar
4. Información sobre beneficios e ingresos
5. Certificación y firma

**1. Información del/de la solicitante**

En esta sección se preguntará información sobre la persona que presenta la solicitud por el niño/la niña o los niños. Si se aprueba, se emitirá una tarjeta SUN Bucks y todas las comunicaciones a nombre del/de la solicitante. La tarjeta tendrá beneficios para todos los niños en edad escolar elegibles del grupo familiar.

**Acerca de mí: (Obligatorio)**

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Últimos 4 dígitos del SSN*:	Marque aquí si no tiene un SSN*: <input type="checkbox"/>

*\*Según las regulaciones federales, las familias que solicitan SUN Bucks no necesitan proporcionar el SSN (solo los últimos 4 dígitos) ni su estatus de ciudadanía.*

**¿En qué idioma prefiere hablar?**

Idioma preferido:
-------------------

## 2. Información de contacto

Proporcione una dirección actualizada. Si se aprueba, allí se enviará la tarjeta SUN Bucks.

(Asegúrese de que su dirección esté siempre actualizada y actualice al Departamento si cambia, para poder recibir a tiempo el beneficio de SUN Bucks).

¿Se encuentra su grupo familiar sin vivienda? SÍ                      NO		
Dirección (calle):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
¿Es igual a su dirección postal? SÍ                      NO, Utilizo una dirección diferente para el correo postal( <i>complete la siguiente sección si respondió NO</i> )		
Dirección postal (si es diferente de la dirección física):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Los beneficios SUN Bucks están disponibles para usar durante el verano, por lo que hay un tiempo limitado para utilizar los fondos.

Proporcionar información de contacto adicional como su **número de teléfono y dirección de correo electrónico** permitirá al DTA mantenerlo/a informado/a de cada paso del proceso a través de mensajes de texto y correos electrónicos. Por ejemplo, el DTA puede enviarle un mensaje de texto cuando le enviemos su tarjeta SUN Bucks, cuando depositemos sus beneficios y cuando sus beneficios estén por expirar.

¿Cuál es el número de teléfono al que podamos contactarlo/a?	¿Le gustaría recibir mensajes de alerta sobre su solicitud de SUN Bucks? SÍ                      NO
¿A qué correo electrónico podemos enviarle notificaciones?	¿Le gustaría recibir notificaciones por correo electrónico sobre su solicitud de SUN Bucks? SÍ                      NO

## 3. Información del grupo familiar

En esta sección, asegúrese de incluir a todos los niños y adultos, emparentados y no emparentados, que viven en una misma vivienda y comparten ingresos y gastos. Pediremos información sobre el/los estudiante(s) y demás personas de la vivienda. Por ejemplo, los miembros de la familia, otros niños que no están escolarizados y la pareja no casada.

### 3a. Acerca de los estudiantes de su grupo familiar:

## A completar por el padre/la madre/los tutores

Nombre del/de la estudiante (nombre y apellido) (Obligatorio)	Acerca del/de la estudiante	Ingrese la respuesta abajo
	• Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
	• Grado	
	• Tipo de escuela (encierre en un círculo una de las opciones)	<b>Pública/Autónoma Privada Educación en el hogar No matriculado/a</b>
	• ¿En qué ciudad o pueblo se encuentra la escuela?	
	• Nombre de la escuela (Obligatorio)	
	• SASID*	<b>10-</b>
	• Relación con el/la estudiante:	
	• Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
	• Grado	
	• Tipo de escuela (encierre en un círculo una de las opciones)	<b>Pública/Autónoma Privada Educación en el hogar No matriculado/a</b>
	• ¿En qué ciudad o pueblo se encuentra la escuela?	
	• Nombre de la escuela (Obligatorio)	
	• SASID*	<b>10-</b>
	• Relación con el/la estudiante:	
	• Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
	• Grado	
	• Tipo de escuela (encierre en un círculo una de las opciones)	<b>Pública/Autónoma Privada Educación en el hogar No matriculado/a</b>
	• ¿En qué ciudad o pueblo se encuentra la escuela?	
	• Nombre de la escuela (Obligatorio)	
	• SASID*	<b>10-</b>
	• Relación con el/la estudiante:	
	• Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
	• Grado	
	• Tipo de escuela (encierre en un círculo una de las opciones)	<b>Pública/Autónoma Privada Educación en el hogar No matriculado/a</b>
	• ¿En qué ciudad o pueblo se encuentra la escuela?	
	• Nombre de la escuela (Obligatorio)	
	• SASID*	<b>10-</b>

	• Relación con el/la estudiante:	
	• Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
	• Grado	
	• Tipo de escuela (encierre en un círculo una de las opciones)	<b>Pública/Autónoma Privada Educación en el hogar No matriculado/a</b>
	• ¿En qué ciudad o pueblo se encuentra la escuela?	
	• Nombre de la escuela <b>(Obligatorio)</b>	
	• SASID*	<b>10-</b>
	• Relación con el/la estudiante:	

\* El SASID (State Assigned Student Identifier) no es obligatorio, pero ayudará a encontrar rápidamente el expediente de su hijo/a y a comprobar su inscripción en la escuela. Se trata de un número único de 10 dígitos que empieza por "10" y que puede encontrarse en el boletín de calificaciones o en el expediente académico del/de la estudiante.

### 3b. Acerca de los adultos de su grupo familiar:

Enumere los demás adultos de su grupo familiar. Si usted es la única persona adulta, deje esta sección en blanco.

Nombre (Obligatorio)	Apellido (Obligatorio)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Género

## 4. Información sobre beneficios e ingresos

### 4a. Información sobre beneficios:

Si usted o algún miembro de su grupo familiar recibe **beneficios públicos**, complete esta sección.

¿Recibe alguien de su grupo familiar beneficios del <b>SNAP</b> ?	Si la respuesta es <b>sí</b> , indique el ID de la agencia (Su ID de agencia es el número único de 8 dígitos que le da el DTA para identificar su caso. Puede encontrarlo en sus notificaciones del DTA).
---	---

¿Recibe alguien de su grupo familiar beneficios de <b>TAFDC</b> ?	Si la respuesta es <b>sí</b> , indique el ID de la agencia <i>(Su ID de agencia es el número único de 8 dígitos que le da el DTA para identificar su caso. Puede encontrarlo en sus notificaciones del DTA).</i>
¿Recibe alguien de su grupo familiar beneficios de <b>MassHealth</b> ?	Si la respuesta es <b>sí</b> , indique su número de identificación de miembro <i>(Su número de identificación de miembro es el número de 12 dígitos que empieza por '1' y que puede encontrar en su tarjeta de miembro de MassHealth o en las notificaciones enviadas a su grupo familiar).</i>
¿Algún miembro de su grupo familiar ha recibido antes beneficios <b>SUN Bucks (Summer EBT)</b> ?	Si la respuesta es <b>sí</b> , indique el número de caso <i>(Su número de caso es el número único de 9 dígitos que le asigna el DTA para identificar su caso de SUN Bucks (Summer EBT). Puede encontrarlo en todas sus notificaciones del DTA).</i>

#### 4b. Información sobre ingresos:

Los grupos familiares con ingresos brutos anuales iguales o inferiores al 185 % del umbral federal de pobreza (FPL) pueden ser elegibles para SUN Bucks. Por ejemplo, para un grupo familiar de cuatro personas esto se traduce en \$59,478 o menos en el año escolar 25/26.

¿Recibe alguno de los miembros del grupo familiar (incluido/a usted) algún **ingreso**? *(Por ejemplo, salarios, subsidio por desempleo, manutención de los hijos, Social Security, SSI, indemnización laboral, beneficios para veteranos, pensiones o ingresos por alquileres)* **(Obligatorio)**

Persona con ingresos	Tipo de ingreso	Importe bruto por mes
	• Salarios	
	• Trabajo por cuenta propia	
	• Otro:	
	• Salarios	
	• Trabajo por cuenta propia	
	• Otro:	
	• Salarios	
	• Trabajo por cuenta propia	
	• Otro:	
	• Salarios	
	• Trabajo por cuenta propia	
	• Otro:	
	• Salarios	
	• Trabajo por cuenta propia	
	• Otro:	
	• Salarios	
	• Trabajo por cuenta propia	
	• Otro:	

#### 5. Certificación y firma

**DEPARTMENT OF TRANSITIONAL ASSISTANCE:  
SUN Bucks**

**Notificación de derechos, responsabilidades y sanciones**

- Esta notificación enumera los derechos y las responsabilidades para SUN Bucks.
- Lea estas páginas y consérvelas para su archivo.
- Informe al DTA si tiene alguna pregunta.

**Entiendo que:**

- El DTA gestiona el programa SUN Bucks en Massachusetts en colaboración con el Department of Secondary and Elementary Education (DESE).
- La Ley Richard B. Russell National School Lunch Act exige que el DTA utilice la información de esta solicitud para determinar quién reúne los requisitos para recibir beneficios de Summer EBT.
  - Al presentar la solicitud, doy permiso al DTA para que verifique si cumpla los requisitos para recibir beneficios, incluso para que obtenga información de otras agencias estatales o federales, autoridades locales de vivienda y departamentos de asistencia social de otros estados. También autorizo a dichas agencias a compartir información sobre la elegibilidad de mi grupo familiar para los beneficios SUN Bucks.
- El DTA podrá compartir mi información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a entregar los beneficios del programa a mi grupo familiar. Los inspectores y las fuerzas de seguridad también pueden utilizar mi información para asegurarse de que se cumplen las normas del programa.
- Al presentar la solicitud, autorizo al DTA a obtener y compartir información sobre mí y los miembros de mi grupo familiar con:
  - DESE, para que mis hijos puedan recibir comidas escolares gratuitas.
  - Department of Children and Families (DCF) para coordinar los servicios ofrecidos conjuntamente por el DTA y el DCF, que incluyen la inscripción automática de mi hijo/hija en SUN Bucks, si es elegible.
- Algunos niños son elegibles para SUN Bucks sin necesidad de presentar una solicitud. Póngase en contacto con su Estado para obtener SUN Bucks para un niño/una niña en acogida o para niños sin hogar, migrantes o fugitivos.
- Tengo derecho a recibir una copia de mi solicitud, incluida la información que el DTA usa para decidir sobre la elegibilidad de mi grupo familiar y el importe del beneficio. Puedo solicitar al DTA una copia electrónica de la solicitud completa.

**También entiendo que:**

- suministrar información falsa o engañosa es un fraude,
- tergiversar u ocultar hechos para obtener beneficios SUN Bucks es un fraude,
- el fraude se considera una Violación intencional del programa (IPV, por sus siglas en inglés) y
- si el DTA cree que he cometido fraude, también puede emprender acciones civiles o penales en mi contra.

**Derecho a un intérprete**

Entiendo que:

- Tengo derecho a un intérprete profesional gratuito facilitado por el DTA si prefiero comunicarme en un idioma distinto al inglés.
- Si tengo una audiencia con el DTA, puedo solicitarle al DTA que me facilite un intérprete profesional, o si lo prefiero, puedo llevar a alguien para que me sirva de intérprete. Si necesito que el DTA me facilite un intérprete para una audiencia, debo llamar a la División de Audiencias al menos una semana antes de la fecha de la audiencia.

### **Derecho a registrarse para votar**

Entiendo que:

- Tengo derecho a registrarme para votar a través del DTA.
- Si lo solicito, el DTA me ayudará a completar el formulario de solicitud de registro de votantes.
- Puedo completar el formulario de solicitud de registro de votantes en privado.
- Solicitar registrarme o rechazar registrarme para votar no afectará mis beneficios con el DTA.

### **Estatus de ciudadanía**

Recibir SUN Bucks no afecta su estatus migratorio, el de su hijo/a ni el de su familia y no lo/la convertirá en una carga pública.

### **Declaración de no discriminación**

De conformidad con la legislación federal sobre derechos civiles y con las normas y políticas del U.S. Department of Agriculture (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad o creencias políticas, así como tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (p. ej., Braille, letras grandes, grabación de audio, Lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service llamando al 1-800-877-8339. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa:

Complete el Formulario de quejas por discriminación en el programa del USDA (AD-3027) que encuentra en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>, y en cualquier oficina del USDA. Puede solicitar una copia del formulario de quejas llamando al 1-866-632-9992; o

Escribir una carta dirigida al USDA e indicar en ella toda la información requerida en el formulario.

Envíe su formulario completado o su carta al USDA por:

correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410; o

fax: 1-202-690-7442; o

correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Advertencia de sanción**

Al firmar esta solicitud, certifico (prometo) que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta y que no estoy recibiendo SUN Bucks en otro estado. Entiendo que mi solicitud se realiza en relación con la recepción de fondos federales. Entiendo que el estado puede verificar (comprobar) la exactitud de la información contenida en esta solicitud. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionadamente, puedo ser procesado/a en virtud de las leyes penales estatales y federales aplicables.

- **Acepto las condiciones,**

**Firme con su nombre completo a continuación**

**Fecha**

---

---