



# DISTRITO ESCOLAR ROCORI

ROCKVILLE • COLD SPRING • RICHMOND

534 North Fifth Avenue

COLD SPRING, MINNESOTA 56320

TELÉFONO (320) 685-4185

[www.rocori.k12.mn.us](http://www.rocori.k12.mn.us)

FAX (320) 685-4906

Estimados Padres/Tutores:

Nuestra escuela ofrece comidas saludables todos los días. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos está permitiendo que las escuelas proporcionen comidas **para el año escolar 2021-22** a través de una disposición del Programa Nacional de Almuerzos Escolares llamado la Opción de Verano Continuo (SSO). Se ha emitido una exención para apoyar el acceso a comidas nutritivas mientras se minimiza la exposición potencial a COVID-19.

Nuestra escuela ha optado por utilizar esta exención y operar el SSO que nos permite **proporcionar comidas sin costo para todos los estudiantes**. No se requiere una solicitud para recibir este beneficio de comida gratis.

Sin embargo, su(s) hijo(s) pueden calificar para beneficios adicionales como tarifas reducidas o la Transferencia Electrónica de Beneficios Pandémica (P-EBT), que es un beneficio nutricional de emergencia temporal federal que se carga en tarjetas electrónicas para que las familias compren alimentos. En las escuelas públicas, su solicitud también ayuda a la escuela a calificar para recibir fondos y descuentos para la educación.

Para aplicar, complete la Solicitud de Beneficios Educativos adjunta siguiendo las instrucciones. Devuelva su Solicitud de Beneficios Educativos completa a: **La Secretaria de la oficina de la escuela de su hijo(a); o Envíelo por correo al Distrito Escolar Independiente #750, 534 5<sup>th</sup> Ave N, Cold Spring, MN 56320, Attn: Christine Barker**

**¿Quién puede recibir comidas escolares gratuitas?** Los niños que viven en hogares que participan en los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Minnesota Family Investment Program (MFIP) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), hijos de crianza, sin hogar, inmigrantes y niños fugitivos pueden recibir comidas escolares gratuitas sin reportar los ingresos del hogar. O los niños pueden recibir comidas escolares gratuitas si el ingreso familiar está dentro del máximo que se muestra por el tamaño de su hogar en las instrucciones.

**Yo recibo WIC o Asistencia Médica ¿Pueden mis hijos recibir comidas escolares gratuitas?** Los niños en hogares que participan en WIC o Asistencia Médica, pueden ser elegibles para comidas escolares gratuitas. Por favor llenar una solicitud.

**¿A quién debo incluir como miembro de mi unidad familiar?** Inclúyase usted e incluya a todas las demás personas que vivan en su hogar, independientemente del parentesco (como abuelos, otros parientes o amigos).

**¿Puedo solicitar, aunque un miembro de mi unidad familiar no sea ciudadano estadounidense?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para que los niños califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

**¿Qué sucede si no siempre gano lo mismo en ingresos?** Indique el monto que recibe normalmente. Si trabaja tiempo extra regularmente, también inclúyalo; pero no lo incluya si solamente lo hace ocasionalmente.

**¿Se verificará la información que yo suministre?** Sí; y también es posible que le pidamos que provea comprobante por escrito.

**¿Cómo se mantendrá la información?** La información que usted proporcione en el formulario, y la aprobación de su hijo para recibir beneficios de comidas escolares, serán protegidas como datos privados. Para obtener más información, consulte la última página de la Solicitud de Beneficios Educativos.

**¿Si yo no califico ahora puedo solicitar después?** Sí. Por favor completar una solicitud en cualquier momento si bajan sus ingresos, el tamaño de su familia aumenta, o si comienza a recibir beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Por favor proporcione la información solicitada acerca de la identidad racial de los niños y el origen étnico, lo que ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Esta información no es necesaria para la aprobación de los beneficios de comidas escolares.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al 320-685-4921.

Atentamente,

Christine Barker, Directora de Servicios Alimentarios

## Cómo completar la Solicitud para Beneficios Educativos

Complete la *Solicitud de Beneficios Educativos* para el año escolar 2021-22 si le aplica cualquiera de las siguientes condiciones le aplica:

- Cualquiera de los miembros de la unidad familiar participa actualmente en los programas Minnesota Family Investment Program (MFIP), Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o
- Uno o más de los niños de la unidad familiar son hijos de crianza (una agencia de beneficencia o un tribunal tienen responsabilidad legal por el niño), o
- El ingreso total de los miembros del hogar se encuentra dentro de las directrices que se muestran a continuación (los ingresos brutos antes de las deducciones, no se lleva a casa). No incluya como ingreso: pagos de cuidado temporal, beneficios federales de educación, pagos de MFIP, o el valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC, o FDPIR. Militar: No incluya el pago por combate o asistencia de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar. Los requisitos de ingresos son efectivos a partir del 1º de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.

Ingreso total máximo

| Tamaño de la unidad familiar       | \$ Por año | \$ Por mes | \$ Dos veces al mes | \$ Cada 2 semanas | \$ Por semana |
|------------------------------------|------------|------------|---------------------|-------------------|---------------|
| 1                                  | 23,828     | 1,986      | 993                 | 917               | 459           |
| 2                                  | 32,227     | 2,686      | 1,343               | 1,240             | 620           |
| 3                                  | 40,626     | 3,386      | 1,693               | 1,563             | 782           |
| 4                                  | 49,025     | 4,086      | 2,043               | 1,886             | 943           |
| 5                                  | 57,424     | 4,786      | 2,393               | 2,209             | 1,105         |
| 6                                  | 65,823     | 5,486      | 2,743               | 2,532             | 1,266         |
| 7                                  | 74,222     | 6,186      | 3,093               | 2,855             | 1,428         |
| 8                                  | 82,621     | 6,886      | 3,443               | 3,178             | 1,589         |
| Agregar por cada persona adicional | 8,399      | 700        | 350                 | 324               | 162           |

### Paso 1 Niños

Indique todos los bebés y los niños en el hogar, su fecha de nacimiento y, en su caso, su grado y la escuela. Añada una hoja adicional si es necesario para incluir todos los niños. Rellene el círculo si un niño está bajo cuidado de crianza (una agencia de bienestar o un juzgado tiene la responsabilidad legal del niño). Por favor proporcione la información solicitada acerca de la etnia y la raza de cada niño. Esta información no es necesaria y no afecta la aprobación para los beneficios de comidas escolares. La información ayuda para asegurarnos de que estamos cumpliendo con los requisitos de derechos civiles y a servir plenamente a nuestra comunidad.

### Paso 2 Número de caso

Circule Sí o No para saber si cualquier miembro del hogar participa actualmente en alguno de los tres programas de intervención que se indican en el paso 2. Si la respuesta es Sí, escriba el número de caso y vaya al paso 4 (omitir el paso 3). Si su respuesta es No, continúe con el Paso 3. WIC y Asistencia Médica (M. A.) no califican para este fin.

### Pas 3 Adultos / Ingresos / Últimos 4 dígitos del número Seguro Social

- Indique todos los adultos que viven en el hogar (todos los que no están listados en el paso 1) ya sean parientes o no, como los abuelos, otros familiares o amigos. Incluya cualquier adulto que se encuentra temporalmente fuera de casa, por ejemplo, un estudiante en la universidad. Añada otra página si es necesario.
- Indique los ingresos brutos antes de las deducciones, no el pago que lleva a su casa. **No incluya una tasa de salario por hora.** Para los adultos que no tienen ingresos que reportar, escriba un '0' o deje la sección en blanco. Esta es su certificación (promesa) que no hay ingresos que reportar para estos adultos.
- Para cada ingreso, rellene un círculo para saber con qué frecuencia se recibe el ingreso: cada semana, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para el ingreso agrícola o por cuenta propia solamente, indique los ingresos netos por año o mes después de los gastos del negocio. Una pérdida de la granja o trabajo por cuenta propia debe figurar como 0 ingresos y este no reduce otros ingresos.
- Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social - El miembro adulto del hogar que firma la solicitud debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla si no tienen un número de Seguro Social.
- Ingresos regulares de los niños - Si algún niño en el hogar tiene ingresos regulares, tales como SSI o trabajos a tiempo parcial, anote la cantidad total de los ingresos ordinarios recibidos por todos los niños. No incluya los ingresos ocasionales como cuidado de niños o cortar el césped.

### Paso 4 Firma e información de contacto

Un adulto debe firmar la solicitud. Si no desea que su información sea compartida con Los Programas de Atención de Salud de Minnesota, marque la casilla "No compartir" en el paso 4.

# COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

## Estimado Padre/Tutor:

La información de elegibilidad de su hijo(a) para comidas gratuitas o a precio reducido son datos privados. Sin embargo, la ley federal permite que una escuela comparta la elegibilidad de su hijo(a) con programas federales y estatales de educación, salud y nutrición para los cuales su hijo(a) puede calificar.

**Para lo siguiente, necesitamos su permiso para compartir su información de elegibilidad para posibles beneficios de tarifas:** Atletismo, Transporte, Actividades, Tecnología, Educación Comunitaria, Preparación Escolar, Paseos y Cuotas de Útiles Escolares. El firmar y enviar este formulario no cambiará si su hijo(a) recibirá comidas gratuitas o a precio reducido.

Por favor, marque Sí o No.

( ) No, no quiero que la información de elegibilidad de comida de mi estudiante se comparta con ningún otro programa.

( ) Sí, quiero que la información de elegibilidad para comidas de mi estudiante se comparta para obtener beneficios con: **Atletismo, Transporte, Actividades, Tecnología, Educación Comunitaria, Preparación Escolar, Paseos y Cuotas de Útiles Escolares**

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor:

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Por favor marque sí o no en la casilla, firme, ponga la fecha y regrese junto con la solicitud a:

la secretaria de la oficina del edificio de su hijo(a) o envíe por correo a  
ROCORI Schools - Food Service  
Attn: Chris Barker  
534 5<sup>th</sup> Ave North  
Cold Spring MN 56320  
barkerc@rocori.k12.mn.us



## Solicitud de Beneficios Educativos - Año escolar 2021-22

### Comidas escolares • Programas con financiamiento estatal y federal

**Paso 1** Indique todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 en el hogar, incluso si no son familiares. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

| Primer nombre del niño | SN | Apellido del niño | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado | ¿Hijo de crianza?<br>(Una agencia o tribunal que tiene la responsabilidad legal del niño.)<br>En caso afirmativo, rellene el círculo. | Opcional - Es el niño Hispano/Latino?<br>En caso afirmativo, rellene el círculo. | Opcional - Identidad racial *<br>Rellene uno o más círculos por cada niño. |          |                |                     |        |
|------------------------|----|-------------------|---------------------|---------|-------|---|--|--|----------|----------------|---------------------|--------|
|                        |    |                   |                     |         |       |   |  | Indio nativo americano   | Asiático | Afro-americano | Isleño del Pacífico | Blanco |
|                        |    |                   |                     |         |       | ○   | ○  | ○  | ○        | ○              | ○                   |        |
|                        |    |                   |                     |         |       | ○   | ○  | ○  | ○        | ○              | ○                   |        |
|                        |    |                   |                     |         |       | ○   | ○  | ○  | ○        | ○              | ○                   |        |
|                        |    |                   |                     |         |       | ○   | ○  | ○  | ○        | ○              | ○                   |        |
|                        |    |                   |                     |         |       | ○   | ○  | ○  | ○        | ○              | ○                   |        |

\* Los nombres completos de las categorías raciales son: o Nativo de Alaska, Asiático, Negro o afroamericano, americano nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico, y blanco.

**Paso 2** ¿Alguno de los miembros del hogar, incluido usted mismo, participan actualmente en cualquiera de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDIPIR?

Circule uno: **Sí** **No** Asistencia Médica y WIC no califican.

Respondió **No** > Vaya al PASO 3.

Respondió **Sí** > Escriba aquí en **NÚMERO DE CASO:**

SNAP  MFIP  FDIPIR luego vaya al PASO 4.

**Paso 3** **A. Incluya TODOS los Adultos Miembros del Hogar incluyéndose a usted mismo y reporte todos los ingresos.** (Salte el PASO 3 si usted respondió "sí" al PASO 2 o si todos los participantes son hijos de crianza.)

| <b>Adultos – Nombre completo</b><br>Para fines de los beneficios de comidas escolares, los miembros de su familia son "Cualquier persona que vive con usted y comparte los ingresos y gastos, incluso si no son familiares."<br><br>Indique el nombre completo de cada miembro de la familia que no figura en el Paso 1 y su ingreso (s) en dólares enteros. Si la persona no tiene ingresos, escriba en 0 o deje la sección en blanco. Esta es su certificación (promesa) que no hay ingresos que reportar. Incluya todos los estudiantes universitarios temporalmente fuera de casa. | Pago Bruto de Trabajo<br>No escriba en un salario por hora.      |         |                  |                | Granja o trabajo por cuenta propia | Asistencia pública, Manutención de menores, Pensión de Divorcio                      | Cualquier otro ingreso |         |                  |                |         |   |         |                  |                |         |
|--|--|---------|------------------|----------------|------------------------------------|--|------------------------|---------|------------------|----------------|---------|---|---------|------------------|----------------|---------|
|  | Salario bruto antes de las deducciones (No lo que lleva a casa). | Semanal | Cada dos semanas | 2 veces al mes | Mensual                            | Ingresos netos después de los gastos del negocio.<br>Mencione si es anual o mensual. | Pagos recibidos.       | Semanal | Cada dos semanas | 2 veces al mes | Mensual | Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc. | Semanal | Cada dos semanas | 2 veces al mes | Mensual |
|  | \$   | ○       | ○                | ○              | ○                                  | \$   | \$                     | ○       | ○                | ○              | ○       | \$  | ○       | ○                | ○              | ○       |
|  | \$   | ○       | ○                | ○              | ○                                  | \$   | \$                     | ○       | ○                | ○              | ○       | \$  | ○       | ○                | ○              | ○       |
|  | \$   | ○       | ○                | ○              | ○                                  | \$   | \$                     | ○       | ○                | ○              | ○       | \$  | ○       | ○                | ○              | ○       |
|  | \$   | ○       | ○                | ○              | ○                                  | \$   | \$                     | ○       | ○                | ○              | ○       | \$  | ○       | ○                | ○              | ○       |

**B. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del firmante o no SSN (requerido):**

**X X X - X X -**





o  No tengo número de seguro social.

**C. ¿Alguno de los niños mencionados en el Paso 1 reciben ingresos regulares, tales como SSI o salarios?**

TOTAL de ingresos regulares de los niños, en su caso:

|    |         |                  |                |         |
|----|---------|------------------|----------------|---------|
| \$ | Semanal | Cada dos semanas | 2 veces al mes | Mensual |
|    | ○       | ○                | ○              | ○       |

**Paso 4** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que se reportan todos ingresos de los miembros del hogar. Entiendo que esta información se provee en conexión con la recepción de fondos federales y estatales y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios y puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales aplicables. La información que proporcione puede ser compartida con los Programas de Atención de Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Programs) según lo permitido por la ley estatal, a menos que yo haya marcado esta casilla:  No comparta mi información con los Programas de Atención de Salud de Minnesota.

**Firma del miembro adulto del hogar (requerida)** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

**Office Use Only** Total Household Size: \_\_\_\_\_ Total Income: \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ Approved:  Case Number – Free  Foster – Free  Income – Free

Income – Reduced-Price Denied:  Incomplete  Income Too High Signature of Determining Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## ¿Es necesaria este formulario?

Este formulario debe ser completado para solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido, a menos que:

- (1) Su escuela ofrezca comidas gratis a todos los estudiantes de la escuela sin solicitudes de los hogares (Elegibilidad de Prestaciones para Comunidad, Provisión 2 o Provisión 3).
- (2) Se le haya notificado que sus hijos han sido directamente certificados para recibir beneficios de comidas escolares basadas en el estatus de cuidado de crianza o la participación en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias (FDPIR).

## Acta de Privacidad / Cómo se utiliza la información

La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell, exige la información requerida en esta solicitud. Usted no tiene proporcionar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su niño para las comidas escolares gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social cuando solicita en nombre de un hijo de crianza o cuando proporcionan un número de asistencia MFIP, SNAP o FDPIR, o indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social.

Sólo los funcionarios autorizados tendrán acceso a la información que se proporciona en este formulario. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo califica para comidas gratuitas en las escuelas, y para la administración y ejecución de los programas de comidas escolares. *Puede* que compartamos su información con otros programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisar programas, y con personal autoridades correspondientes para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa. Requerimos autorización por escrito por parte suya antes de compartir información con otros fines.

En los distritos escolares públicos, el estatus de la comida escolar de cada estudiante se registra en un sistema informático utilizado en todo el estado para informar los datos del estudiante al Departamento de Educación de Minnesota (MDE) como lo requiere la ley estatal. El MDE utiliza esta información para: (1) Administrar los programas estatales y federales, (2) Calcular los ingresos compensatorios para las escuelas públicas, y (3) evaluar la calidad del programa educativo del estado.

La información proporcionada en este formulario puede ser compartida con los Programas de Atención de Salud de Minnesota, a menos que la persona que completa este formulario haya marcado la casilla en el paso 4 para no compartir la información para ese propósito.

## Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza por cualquier actividad de derechos civiles en el pasado en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (Formulario de Queja de discriminación del Programa de USDA) (AD-3027) que se encuentra [en línea](#) en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta 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 a: (1) Por correo a U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410, o (2) por fax al (202) 690-7442; o (3) por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

---

## Office Use Only: Verification

Date Verification Sent: \_\_\_\_\_ Response Due: \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Notice: \_\_\_\_\_

Result:  No Change  Free to Reduced-Price  Free to Paid  Reduced-Price to Free  Reduced-Price to Paid

Reason for Change:  Income  Case number not verified  Foster not verified  Refused Cooperation  Other: \_\_\_\_\_

Signature of Confirming Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature of Verifying Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_