



Estimados Padres/Tutores:

Nuestra escuela ofrece comidas sanas todos los días. El desayuno (en todas las escuelas) cuesta \$1.80 (gratis por grado K), el almuerzo cuesta: Grados K-5 \$3.00, Grados 6-8 \$3.15, Grados 9-12 \$3.30.

**Su solicitud también ayuda TU a calificar para recibir descuentos educativos adicionales. Algunos de los descuentos incluyen: descuentos de actividades, internet, computadores y WIFI "hotspots".**

Los fondos estatales ayudan a pagar por las comidas escolares a precio reducido, por este motivo todos los estudiantes que están aprobados para recibir comidas escolares gratuitas o de precio reducido recibirán comidas escolares sin costo alguno. Los fondos estatales también ayudan a pagar por los desayunos para los estudiantes de jardines infantiles, por este motivo todos los estudiantes de kindergarten participantes reciben desayuno sin costo.

Envíe su Solicitud de Beneficios Educativos completa a la siguiente dirección:

Orono Schools, Attn: Child Nutrition  
685 Old Crystal Bay Road N.  
Long Lake, MN 55356

**¿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 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 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 a Jackie DeRoma a 952-449-8313 o correo [Jacklyn.deroma@orono.k12.mn.us](mailto:Jacklyn.deroma@orono.k12.mn.us).

Atentamente,

*Jackie DeRoma*

## Cómo completar la Solicitud para Beneficios Educativos

Complete la *Solicitud de Beneficios Educativos* para el año escolar 2022-2023 si le aplica cualquiera de las siguientes condiciones le aplica:

- Cualquiera de los miembros de la unidad familiar participan 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 2022 al 30 de junio de 2023.

### Ingreso total máximo

Tamaño de la unidad familiar	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos veces al mes	\$ Cada 2 semanas	\$ Por semana
1	25,142	2,096	1,048	967	484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Agregar por cada persona adicional	8,732	728	364	336	168

### 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 tienen 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.



## Solicitud para alimentos gratis del año Escolar 2022 - 2023

**Paso 1** Haga un lista de 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? (Una agencia o tribunal que tiene la responsabilidad legal del niño.) En caso afirmativo, rellene el círculo.	Opcional - Es el niño Hispano/Latino? En caso afirmativo, rellene el círculo.	Opcional - Identidad racial * Rellene uno o más círculos por cada niño.				
								Indio nativo americano	Asiático	Afro-americano	Isleño del Pacífico	Blanco
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Paso 2** ¿Participa cualquier miembro de su hogar en uno o más de los siguientes programas: SNAP, MFIP o FDPIR? (Asistencia Médica y WIC no califica)  
Si es **No** > Vaya al Paso 3 si, es **Sí** > Escriba el número de Caso en la caja:  Después, continúe al Paso 4.

**Paso 3** A. Inclúyase usted y todos los miembros adultos del hogar y sus ingresos. (Omita el Paso 3 si respondió "sí" al Paso 2 o si los estudiantes son de cuidado temporal.)

Adultos – Nombre completo 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." 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 No escriba en un salario por hora.				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	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
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del firmante o no SSN (requerido):**     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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE INGRESOS:** Consulte Fuentes de ingresos a continuación para determinar el ingreso para el PASO 3, Sección A y C.

Fuentes de ingresos	Asistencia pública / pensión / alimenticia / Manutención de los hijos	Otros ingresos	Fuentes de ingresos infantiles	Ejemplos de Fuentes infantiles
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sueldos, salarios, bonos en efectivo (antes de deducciones o impuestos)</li> <li>- Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)</li> <li>- Si estás en el ejército de los E.U.</li> <li>- Bono básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)</li> <li>- Subsidios para viviendas fuera de la base, alimentos, y vestimenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local</li> <li>- Ingreso de seguridad suplementario</li> <li>- Beneficios de desempleo</li> <li>- Compensación del trabajador</li> <li>- Pagos de pensión alimenticia</li> <li>- Pagos de manutención infantil</li> <li>- Beneficios de veteranos</li> <li>- Beneficios de huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro social</li> <li>- Beneficios pro discapacidad</li> <li>- Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios</li> <li>- Anualidades</li> <li>- Ingreso de inversión</li> <li>- Ingreso de alquiler</li> <li>- Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ganancias del trabajo</li> <li>- Seguro Social (SS)</li> <li>- Pagos por discapacidad</li> <li>- Beneficios del sobreviviente</li> <li>- Ingresos de una persona fuera del hogar</li> <li>- Ingresos de cualquier otra fuente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario</li> <li>- Es ciego o discapacitado y recibe SS</li> <li>- Un padre está discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios de la SS</li> <li>- Un amigo o miembro de la familia extendida regularmente le da a un niño dinero para gastar</li> <li>- Recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado anualidad o fideicomiso</li> </ul>

**OPCIONAL – CONSENTIMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD**

Para ahorrar su tiempo y esfuerzo, la elegibilidad de alimentos de su hijo(s) puede ser compartida con otro personal del Distrito, para el propósito de asistencia financiera que su(s) hijo/s puedan calificar. Debemos tener permiso para compartir su información. Permita que el nombre de mi hijo(s) y la elegibilidad de alimentos sea compartida con:

Atletismo y Actividades  Si      Orientación /Consejería  Si      Servicios Comunitarios  Si

Firma \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_

**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 FDIPIR, 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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (Formulario de Queja de discriminación del Programa de USDA) (AD-3027) que se encuentra [en línea](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) 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**

Seleccionado para Verificación – Adjunto comprobantes de Verificación