

Estimado Padre/Tutor:

Proporcionamos comidas nutritivas todos los días para los niños en nuestro centro. El desayuno cuesta \$ 1.60; almuerzo primaria cuesta \$ 2.80; almuerzo secundaria cuesta \$ 2.90. el desayuno para adultos cuesta \$ 2.20; almuerzo para adultos es de \$ 4.95. Todas las comidas incluyen leche. Si se compra por separado, el precio de la leche es de \$.50.

Sus hijos pueden reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio. Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, complete la Solicitud de Beneficios Educativos siguiendo las instrucciones. Una nueva solicitud debe ser presentada cada año. Su solicitud también ayuda a las escuelas públicas a calificar para fondos y descuentos para la educación. El proceso de la solicitud puede tomar hasta diez días. **Los padres/tutores son responsables de saldar cualquier deuda inquirida antes de haberse presentado y procesado la solicitud, aunque esta sea aprobada.**

Los fondos estatales ayudan a pagar las comidas escolares a precio reducido, por lo que todos los estudiantes que reciben la aprobación de comidas escolares gratuitas o de precio reducido recibirán comidas escolares sin cargo. Los fondos estatales también ayudan a pagar el desayuno para los estudiantes de kindergarten, por lo que todos los estudiantes de kindergarten participantes reciben el desayuno sin costo alguno.

Regrese su Declaración de Ingresos del Hogar completa a:

ISD 191 Food and Nutrition Services, 200 W Burnsville Pkwy, Burnsville, MN 55337

Yo ya recibo beneficios MFIP o SNAP. ¿Reúno los requisitos para recibir comidas gratis? Sí. Sólo tiene que proporcionar su número de caso en lugar de la información de ingresos si alguien en su hogar ha sido aprobado para uno de estos programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP), Programa de Inversión Familiar de Minnesota (Minnesota Family Investment Program - MFIP) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations - FDPIR).

También los hijos de crianza reciben comidas gratis sin importar los ingresos del hogar.

Usted *puede* ser elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido si participa en el programa de *Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children - WIC)* o el programa de *Asistencia Médica (Medical Assistance program - MA)*. Por favor completar una Declaración de ingresos del Hogar. Llene la solicitud y continúe pagando por las comidas hasta que reciba una carta de aprobación. Si su hogar recibe Asistencia Médica, puede comunicarse con la Oficina de Servicios de Alimentos del Distrito para confirmar si ya califica para recibir comidas gratis antes de completar la solicitud.

¿A quién debo incluir como miembros del hogar? Inclúyase usted mismo y todas las demás personas que viven en el hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Incluya cualquier persona que está temporalmente ausente, por ejemplo, un estudiante universitario.

¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual? Anote la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 al mes, pero se ausentó en el trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que recibe \$1,000 por mes. Incluya pago de horas extras si trabaja regularmente horas extraordinarias.

¿Tengo que dar mi número de Seguro Social? Si los ingresos familiares son reportados en el formulario, la persona que firma el formulario debe escribir tan sólo los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Si usted no tiene un número de Seguro Social, indíquelo en el formulario.

¿La información que proporciono se comprobará? Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe prueba escrita.

¿Puedo solicitar beneficios de alimentos si alguien en mi hogar no es ciudadano americano? Sí. Usted o sus hijos u otros miembros de la familia no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para completar la Solicitud de Beneficios Educativos.

¿Cómo se mantendrá mi información? Vamos a mantener su información en un archivo como datos privados. La última página de la forma tiene más información acerca de la privacidad de datos.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de beneficios de alimentos? Usted debe hablar con nosotros. También puede solicitar una audiencia.

Si decido no llenar la solicitud o no soy elegible ahora ¿puedo solicitar más adelante? Sí. Por favor, complete el formulario de Declaración de Ingresos del Hogar en cualquier momento durante el año escolar si sus ingresos disminuyen, el número de los miembros de su familia aumenta, o si comienza a recibir beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al 952-707-2051.

Cordialmente, Director Food and Nutrition Services

Cómo completar la Declaración de la Solicitud de Beneficios Educativos

Complete la solicitud del Programa Atención de Alimentos para Niños y Adultos - Declaración de ingresos del Hogar, si cualesquiera de los siguientes corresponden en su hogar:

- A. Cualquier persona en su hogar que ya está aprobada para uno de estos programas: Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR). o
- B. Usted tiene uno o más hijos de crianza en el hogar (una agencia de bienestar o un tribunal tiene la responsabilidad legal por el niño). o
- C. Su ingreso total del hogar (ingresos antes de deducciones, no el salario que se lleva a casa) es menor o igual al ingreso que se indica a continuación para el tamaño de los hogares. Incluya todos los hijos de crianza como miembros de la familia. No incluya como ingresos: los pagos de cuidado de crianza, beneficios federales de educación, pagos de MFIP, o el valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC, o FDPIR. Militar: No incluya pago por combate o los pagos de la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada. Las pautas de ingresos son efectivas desde el 1 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
Add for each additional person	8,732	728	364	336	168

Paso 1: Niños

Haga una lista de todos los bebés y niños en el hogar, su fecha de nacimiento y, si corresponde, su grado y la escuela. Agregue una página adicional si es necesario para hacer una lista de todos los niños. Complete el círculo si un niño está en un orfanato (una agencia de bienestar o una corte tiene responsabilidad legal por el niño).

Paso 2: Número de caso

Si algún miembro del hogar participa actualmente en el Programa de Asistencia Nutricional Especial (SNAP), Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), escriba su número de caso y luego vaya al Paso 4. Si no participa en ninguno de estos programas, deje el Paso 2 en blanco y continúe con el Paso 3. Los programas de WIC y Medical Assistance (MA) no califican para este propósito.

Paso 3: Adultos y Niño Ingresos / Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social

- **Niño Ingresos.** Ingresos regulares para niños: si algún niño en el hogar tiene ingresos regulares, como SSI o trabajos de medio tiempo, anote la cantidad total de ingresos regulares que reciben todos los niños. No incluya ganancias ocasionales como cuidado de niños o corte de césped.
- **Adultos Ingresos**
 - Enumere todos los adultos que viven en el hogar (todos los que no figuran en el Paso 1), sean parientes o no, como abuelos, otros parientes o amigos. Incluya a cualquier adulto que se encuentre temporalmente fuera de su hogar, como un estudiante fuera en la universidad. Agregue otra página si es necesario
 - Anote los ingresos antes de las deducciones, no el salario neto. **No anote una tasa de salario por hora.** Para los adultos sin ingresos a reportar, ingrese un '0' o deje la sección en blanco. Esta es su certificación (promesa) de que no hay ingresos que declarar para estos adultos. Para el trabajo temporal, escriba el ingreso anual total.
 - Para cada ingreso, complete un cuadrado para mostrar la frecuencia con que se recibe el ingreso: cada semana, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.
 - Para los ingresos agrícolas o de autoempleo solo, enumere los ingresos netos por año o mes después de los gastos comerciales. Una pérdida de los ingresos agrícolas o de autoempleo debe figurar como 0 ingreso y no reduce otros ingresos.
- **Número de Seguro Social y Total de miembros del hogar.** Los Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: un miembro adulto del hogar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social o marcar la casilla si no tiene un número de Seguro Social. Se reporta el total de miembros del hogar.

Paso 4: Firma e información de contacto Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario. Si no desea que su información se comparta con los programas de Minnesota Health Care, marque la casilla "No compartir" en el Paso 4.

Opcional: proporcione la información sobre origen étnico y raza que se solicita en la segunda página del formulario. Esta información no es necesaria y no afecta la aprobación de los beneficios de comidas escolares. La información ayuda a asegurarnos de que estamos cumpliendo con los requisitos de derechos civiles y sirviendo plenamente a nuestra comunda.

He decidido excluirme de la solicitud de beneficios educacionales y estoy consciente que puedo llenar la solicitud en cualquier otro momento.

Llene el formulario con la información del estudiante y firme.

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).

Definición: Un miembro del hogar es "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no están relacionados". Los niños en cuidado de crianza son elegibles para recibir comidas gratis. Lea cómo completar la solicitud de beneficios educativos para obtener más información. Los adultos mayores de 12 años que viven en el mismo hogar deben informarse en el Paso 3. Si sus hijos asisten a diferentes distritos o escuelas autónomas / no públicas, devuelva una solicitud en cada uno.

Nombre (Lista de todos los niños en el hogar)	M.I	Apellido	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	¿Hijo de Crianza?(v)
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

Paso 2: ¿Algún miembro del hogar, incluido usted mismo, participa en la actualidad en cualquiera de estos programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDIPIR? *Los pagos de asistencia médica y no cuentan.* **Respondió No** > Vaya al PASO 3.

Respondió Sí > Escriba aquí en NÚMERO DE CASO (entre 4 y 9 dígitos, no informe el número de tarjeta EBT) ____ _ luego vaya al PASO 4.

Paso 3: Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Salte este paso si respondió 'Sí' al Paso 2)

A. Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) del Otro Miembro del Hogar Adulto: **XXX-XX-**____ Marque si **no hay SSN:** ____

B. Total de miembros del hogar: ____

C. Ingreso por hijos

A veces los niños en el hogar ganan o reciben ingresos. Por favor, incluya el ingreso recibido TOTAL recibido por todos los miembros del hogar enumerados en el PASO 1. No por los adultos en el cuadro a la derecha.

Ingresos por niños	Por Semana	Cada 2 Semanas	Dos veces al Mes	Por Mes
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndose a usted) Haga una lista de todos Los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos, si reciben ingresos, reporte el ingreso bruto total (antes de deducciones o impuestos) para cada fuente en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0' o deje los campos en blanco. Está certificando (prometiando) que no hay ingresos para informar.

de los miembros adultos del hogar (Primero y último)	Ingresos brutos por trabajar en empleos				Es trabajador independiente o un granjero?	Cualquier otro ingreso bruto						
Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Incluya a los niños que están temporalmente fuera de la escuela o en la universidad.	Informe los ingresos antes de deducciones o impuestos en dólares enteros (sin centavos).	Informe los ingresos netos de la granja o del autoempleo. No duplicar en otro lugar.	SSI, desempleo, asistencia pública, manutención infantil y otros en la página 2									
	Por Semanas	B Cada 2 Semanas	Dos Veses al Mes	Por Mes	Mensual	Annual		Por Semanas	B Cada 2 Semanas	Dos Veses al Mes	Por Mes	
	<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"/>	\$

PASO 4: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de la comida, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables ". No deseo que mi información se comparta con los Programas de Minnesota Health Care según lo permita la ley estatal. Comparta mi información para fines internos del ISD 191, que incluyen, entre otros, becas de educación y actividad, exenciones de tarifas y recursos adicionales.

Printed name of adult signing form Daytime Phone

Street Address (if available) Apt# City Zip

SIGN HERE: Signature of Household Adult

	X52	X26	X24	X12	X1	<input type="checkbox"/> Verified? Attach Tracker	No change <input type="checkbox"/>	Free After Verified <input type="checkbox"/>	Reduced After Verified <input type="checkbox"/>	Denied After Verified <input type="checkbox"/>
All Total Income (Include child and adult income)	Weekly	Bi-weekly	2X Month	Monthly	Annualize	Household Size:	Categorical Eligibility	Free	Reduced	Denied
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Determining Official Signature:							Date:			
Confirming Official Signature:							Date:			

Opcional: Por favor brinde la información sobre etnicidad y raza que se solicita. Esta información no es obligatoria y no afecta la aprobación de los beneficios de comidas escolares. La información ayuda a garantizar que cumplamos con los requisitos de los derechos civiles y que brindemos un servicio completo a nuestra comunidad.

Grupo étnico (marqueuno): Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Raza (marqueunaomás): Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco

INSTRUCCIONES: Fuentes de ingresos

Fuentes de ingresos para niños

Fuentes de ingresos del niño	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> · Ganancias del trabajo · Seguridad Social <ul style="list-style-type: none"> a. Pagos por discapacidad b. Beneficios para sobrevivientes · Ingresos de una persona fuera del hogar · Ingresos de cualquier otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> · Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial donde gana un salario o salario · Un niño es ciego o discapacitado y recibe el Seguro Social · Un padre está discapacitado, retirado o fallecido, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social · Un amigo o miembro de la familia extendida regularmente le da dinero a un niño · Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingresos para adultos

Ganancias del trabajo	Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención infantil	Todos los demás ingresos
<ul style="list-style-type: none"> · Salario, salarios, bonos en efectivo (antes de deducciones o impuestos) · Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) · Si está en el ejército de los EE. UU: <ul style="list-style-type: none"> a. Pago básico y bonos en efectivo (NO incluye pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) b. Asignaciones para alojamiento, comida y ropa fuera del hogar 	<ul style="list-style-type: none"> · Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local · Ingreso de seguridad suplementario · Beneficios de desempleo · Compensación de trabajadores · Pagos de pensión alimenticia · Pagos de manutención infantil · Beneficios para veteranos · Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> · Seguro Social · Beneficios por discapacidad · Ingresos regulares de fideicomisos o propiedades · Anualidades · Ingreso de inversión · Los ingresos por alquiler · Pagos regulares en efectivo desde fuera del hogar

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.