

Solicitud de Beneficios Educativos - Año escolar 2023-2024

Opción de exclusión voluntaria en la casilla marque una X, si un ingreso es mayor que el ingreso elegible, como se especifica en el reverso de la Solicitud de beneficios escolares o si NO desea recibir beneficios educativos este año escolar. Complete los pasos 1 y 4 y envíe la solicitud a: Servicios de Nutrición Estudiantil-104 5th Ave. South St. Paul, MN 55075- FAX: 651-457-9485.

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? (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	Isla del Pacífico	Blanco
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

* 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** **FDPIR** luego vaya al PASO 4.

Paso 3 A. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del asalariado primario u otro miembro adulto del hogar XXX-XX-____-____. Marque **No tengo SSN:** (Su información personal es protegida cuando aplica para Beneficios Educativos. La ley previene que trabajadores del condado, de la escuela o de cualquier otra parte del gobierno reporten el estatus migratorio de un solicitante a las autoridades). ☆ **Total de miembros del hogar (niños y adultos)** _____ ☆

B. ¿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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. 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.)

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.				Granja o trabajo por cuenta propia Ingresos netos después de los gastos del negocio. Mencione si es anual o mensual.	Asistencia pública, Manutención de menores, Pensión de Divorcio Pagos recibidos.	Cualquier otro ingreso Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc.								
	Salario bruto antes de las deducciones (No lo que lleva a casa).	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes			Mensual	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual				
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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.

OPCIONAL – Renuncia de confidencialidad –
Debemos tener su permiso para compartir su información. Permitir que el nombre y la elegibilidad de mi hijo (a) para la comida se compartan con el personal a cargo de Atletismo y Actividades Patrocinadas por el Distrito, el Director y / o el Supervisor del Programa a cargo de las Excursiones u otros Programas
 Sí No
 Firma: _____
 Fecha: _____

Nombre impreso de formulario de firma de adulto _____ Fecha _____
 Dirección Apt# Ciudad Código postal _____
 Firma del miembro adulto del hogar (requerida) _____ Teléfono _____

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 · Pagos por discapacidad · 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 · Un niño es ciego o discapacitado y recibe el Seguro Social · Un padre está discapacitado, retirado o fallecido, y su hijo recibió beneficios de Seguridad 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 de los hijos	Todos los demás ingresos
<ul style="list-style-type: none"> · Salarios, bonos en efectivo (antes de deducciones o impuestos) · Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) · Si estás en el ejército de los EE. UU.: <ul style="list-style-type: none"> - Pago básico y bonos en efectivo (NO incluye pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Asignaciones para alojamiento, comida y ropa fuera de la base 	<ul style="list-style-type: none"> · Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local · Seguridad de Ingreso Suplementario · Beneficios de desempleado · Compensación del trabajador · Pagos de pensión alimenticia · Pagos de manutención infantil · Beneficios para veteranos · Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> · Seguridad 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

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) en: 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. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Do Not Fill Out: For School Office Use Conversions to Annualize All Income:	X52	X26	X24	X12	X1	<input type="checkbox"/> Verified? Attach Tracker	No change	Free After Verified	Reduced After Verified	Denied After Verified
	Weekly	Bi-weekly	2X Month	Monthly	Annualize		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All Total Income (Include child and adult income)						Household Size:	Categorical Eligibility	Free	Reduced	Denied
\$	<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"/>
Determining Official Signature:							Date:			
Confirming Official Signature:							Date:			