



Estimado Padre / Tutor:

Nuestra escuela ofrece comidas saludables todos los días. A partir del año escolar 2023-24, nos uniremos al Programa de comidas escolares gratuitas de Minnesota. Todos los estudiantes pueden recibir un desayuno y un almuerzo gratis cada día en la escuela. Aunque no se requiere una solicitud para recibir este beneficio de comida gratis, ¡llenar la solicitud de beneficios educativos sigue siendo importante! Su(s) hijo(s) pueden calificar para otros beneficios como tarifas reducidas en la escuela. Su solicitud también puede ayudar a la escuela a calificar para fondos educativos, descuentos y otros programas de comidas.

Devuelva la solicitud completa a:

Oficina de Nutrición Infantil, 1897 Delaware Ave, Mendota Heights, MN 55118

¿Quién debe completar esta solicitud? Los niños en hogares que participan en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), y los niños de crianza, sin hogar, migrantes y fugitivos califican sin informar los ingresos del hogar. Alternativamente, los niños pueden calificar si el ingreso de su hogar está dentro del ingreso máximo que se muestra para el tamaño de su hogar en las instrucciones.

PREGUNTAS FRECUENTES:

Recibe WIC o Asistencia Médica. ¿Pueden calificar mis hijos? Los niños en hogares que participan en WIC o Asistencia Médica no califican automáticamente. Los niños pueden ser elegibles dependiendo de otra información financiera del hogar. Complete una solicitud.

¿A quién debo incluir como miembros del hogar? Inclúyase usted y todas las demás personas que viven en el hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos).

¿Puedo presentar una solicitud si alguien en mi hogar no es ciudadano estadounidense? Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para completar una solicitud

¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos? Indique la cantidad que recibe normalmente. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no si recibe horas extras solo algunas veces. Para trabajo de temporada, escriba el ingreso anual total.

¿Se verificará la información de ingresos o el número de caso que proporcione? Puede ser. También podemos pedirle que envíe pruebas por escrito.

¿Cómo se mantendrá la información? La información que proporcione en el formulario y la aprobación de su hijo(a) se protegerán como datos privados. Para obtener más información, consulte la última página de la Solicitud de Beneficios Educativos.

Si no califico ahora, ¿puedo aplicar posteriormente? Sí. Complete una solicitud en cualquier momento si sus ingresos disminuyen, el tamaño de su hogar aumenta o comienza a recibir beneficios de SNAP, MFIP o FDPIR.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Nutrición Infantil al 651-403-7320

Cómo completar la Solicitud de Beneficios Educativos:

Complete el formulario de Solicitud de beneficios educativos para el año escolar 2023-24 si alguno de los siguientes se aplica a su hogar:

Cualquier miembro del hogar participa actualmente en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), o el Programa de asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o El hogar incluye uno o más niños de crianza (una agencia de asistencia social o un tribunal tiene responsabilidad legal por el niño) o El ingreso total de los miembros del hogar se encuentra dentro de las pautas que se muestran a continuación (**ingresos brutos antes de las deducciones, no el salario neto**). No incluya como ingreso: pagos de crianza temporal, beneficios educativos federales, pagos de MFIP o el valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC o FDPIR. Militar: No incluya el pago por combate ni la asistencia de la iniciativa de vivienda privatizada para militares. Las pautas de ingresos entran en vigencia desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024.

Ingreso Total Máximo

Tamaño del Hogar	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos veces al mes	\$ Por 2 Semanas	\$ Por Semana
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Agregar por cada persona adicional	9,509	793	397	366	183

Paso 1: Niños

Enumere todos los bebés y niños en el hogar, su escuela y grado, si corresponde, y fecha de nacimiento. Adjunte una página adicional si es necesario para enumerar a todos los niños. Marque la casilla si un niño está en cuidado de crianza (una agencia de asistencia social o un tribunal tiene responsabilidad legal por el niño).

Paso 2: Número de Caso

Si algún miembro del hogar participa actualmente en SNAP, MFIP o FDPIR, escriba el 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.

Paso 3: Ingresos de adultos y niños / Últimos 4 dígitos del número de seguro social

- **Número de Seguro Social/Total de miembros del hogar.** Un miembro adulto del hogar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene un número de Seguro Social. Informe el número total de miembros del hogar y asegúrese de que todos los miembros del hogar estén enumerados individualmente en la solicitud en la sección de niños o adultos, según corresponda.
- **Ingreso de los niños.** Si algún niño en el hogar tiene ingresos regulares, como SSI o trabajos de medio tiempo, indique la cantidad total de ingresos regulares recibidos por todos los niños y marque la casilla para la frecuencia: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual. No incluya ganancias ocasionales como cuidar niños o cortar el césped.
- **Ingreso de los Adultos.** Informe los nombres de los miembros adultos del hogar y los ingresos obtenidos en esta sección. Enumere a todos los adultos que viven en el hogar que no figuran en el Paso 1, ya sean parientes o no, como abuelos, parientes o amigos.
- **Ingresos Brutos del Trabajo.** Por lo general, este es el dinero recibido por trabajar en trabajos donde se recibe un cheque de pago. Para cada ingreso, marque la casilla para mostrar con qué frecuencia se reciben los ingresos: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual.

Indique los ingresos brutos antes de las deducciones, no el salario neto. No incluya una tasa de salario por hora. Para adultos sin ingresos que reportar, ingrese un '0' o deje la sección en blanco. Para trabajo de temporada, escriba el ingreso anual total.

¿Es usted trabajador por cuenta propia o un agricultor? Enumere los ingresos netos por mes o año después de los gastos comerciales. No incluya el mismo ingreso dos veces en la solicitud. Una pérdida de trabajo agrícola o por cuenta propia debe incluirse como 0 ingresos y no reduce otros ingresos.

Cualquier otro ingreso bruto. Enumere los ingresos brutos antes de las deducciones de todas las demás fuentes, como SSI, desempleo, manutención infantil, asistencia pública, seguridad social, ingresos por alquiler o anualidades.

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 atención médica de Minnesota, marque la casilla "No compartir" en el Paso 4.

Opcional: Proporcione la información sobre etnia y raza que se solicita en la segunda página del formulario. 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 derechos civiles y sirvamos plenamente a nuestra comunidad.

2023-24 Solicitud de Beneficios Educativos

Complete una aplicación por vivienda para todos los niños. Utilice un bolígrafo (no un lápiz). Devuelva el formulario completo a: **Oficina de nutrición infantil, 1897 Delaware Avenue, Mendota Heights, MN 55118 Teléfono: (651) 403-7320**.

PASO 1: Haga una lista de TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Definición: Un miembro del hogar es "cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, incluso si no son parientes". Lea Cómo completar la solicitud de beneficios educativos para obtener más información. Los adultos mayores del grado 12 que viven en el mismo hogar deben informarse en el Paso 3. Si sus hijos asisten a diferentes distritos o escuelas chárter/no públicas, devuelva una solicitud en cada uno.

Primer nombre del niño(Incluya todos los niños de la vivienda)	Segundo nombre	Apellidos del niño	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Hijo de crianza (V)
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

PASO 2: ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDIPIR? La asistencia médica no califica. Si NO > Vaya al PASO 3. Si la respuesta es SÍ > Ingrese el número de caso SNAP, MFIP o FDIPIR (entre 4 y 9 dígitos, no informe el número de tarjeta EBT) _____ luego vaya al PASO 4 (no complete el PASO 3)

PASO 3: Informe los ingresos de TODOS los miembros de la vivienda (Omita este paso si respondió "Si" al PASO 2)

A. Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de los miembros adultos de la vivienda XXX-XX-□□□□ o marque si el adulto No tiene No SSN: **Número total de miembros en la vivienda (Niños y adultos)**

B. Ingreso de los niños.

Algunas veces los niños en la vivienda ganan o reciben ingresos por ejemplo de un trabajo de medio tiempo o SSI. Por favor incluya los ingresos TOTALES recibidos por todos los niños enumerados en el PASO 1. No incluya el ingreso recibido por adultos en este cuadro de la derecha.

Ingresos Totales recibidos por todos los niños	Semanal	Cada dos semanas	2x Mes	Mensual
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Todos los adultos de la vivienda (Incluyéndose usted). Para cada miembro del hogar enumerado, si reciben ingresos, informe solo el ingreso bruto total. Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba '0' o deje los campos en blanco. Está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar. ¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí? Voltee la página y revise "Fuentes de ingresos" para obtener información. "Fuentes de ingresos" lo ayudará con la sección Ingresos de niños y la sección Todos los miembros adultos del hogar.

Nombre de todos los adultos miembros de la vivienda (Nombre y apellido)
Enumere a todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted mismo), incluso si no reciben ingresos. Incluya a los niños que están temporalmente fuera de la escuela o en la universidad.

Ganancias brutas por trabajo				
Semanal	Cada dos semanas	2x Mes	Mensual	Informe los ingresos antes de deducciones o impuestos en dólares enteros (sin centavos).
<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"/>	\$

¿Trabaja por cuenta propia o agricultor?		
Mensual	Anual	Utilidad neta de Granja o trabajo por cuenta propia. No duplicar en otro lugar.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Cualquier otro ingreso bruto				
Semanal	Cada dos semanas	2x Mes	Mensual	SSI, desempleo, asistencia pública, manutención infantil y otros en la página 2
<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: Información de contacto y firma de adulto. "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 (verificar) la información. Soy consciente de que, si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables."

He marcado esta casilla si no quiero que mi información se comparta con Programa de atención médica de Minnesota según lo permitido por la ley estatal.

Nombre impreso del adulto que firma el formulario _____ Teléfono _____

Dirección (si está disponible) _____ Apt# _____ Ciudad _____ Código postal _____

FIRME AQUÍ: Firma del adulto del hogar _____ Fecha _____

No completar: para uso de la oficina escolar. Conversiones para anualizar todos los ingresos	X52	X26	X24	X12	X1	<input type="checkbox"/> ¿Verificado? Adjuntar rastreador	Gratis después de Verificar <input type="checkbox"/>	Reducido después de verificar <input type="checkbox"/>	Negado después de verificar <input type="checkbox"/>	
Total de todos los ingresos (Incluir ingresos de niños y adultos)	Semanal	Cada 2 semanas	2X Mes	Mensual	Anual	Tamaño de la vivienda:	Elegibilidad categórica	Gratis	Reducido	Negado
\$	<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"/>
Determinación de la firma oficial:						Fecha:				
Confirmación de la firma oficial:						Fecha:				

OPCIONAL: Identidades raciales y étnicas de los niños.

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos. Responda tanto al Paso Uno, Etnicidad como al Paso Dos, Raza.

Paso 1: Origen étnico (marque uno): Hispano o Latino No Hispano o Latino

Paso 2: Raza (marque uno o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo hawaiano u otra isla del Pacífico Blanco

INSTRUCCIONES: Fuentes de ingresos

Fuentes de ingresos de los niños

Fuentes de ingresos de los niños	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> Ganancias por trabajo Seguro Social <ol style="list-style-type: none"> 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 en el que gana un sueldo o salario. Un niño es ciego o discapacitado y recibe Seguro Social. Un padre está discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social. Un amigo o un miembro de la familia le da regularmente a un niño dinero para gastos. Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

Fuentes de ingresos de los adultos

Ganancias del trabajo	Asistencia pública / Pensión alimenticia / Manutención de los hijos	Todos los demás ingresos
<ul style="list-style-type: none"> Sueldo, salario, bonos en efectivo (antes de deducciones o impuestos) Ingreso neto del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si usted está en la Fuerza Armada de los Estados Unidos: <ol style="list-style-type: none"> Pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago de combate, FSSA o asignaciones de vivienda privatizada) Subsidios por alojamiento, comida y ropa fuera de la base. 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia de efectivo por el gobierno estatal o local. Ingreso de Seguridad Suplementario. Beneficios de desempleo. Compensación del trabajador Pagos de pensión alimentaria Pagos de manutención infantil. Beneficios para veteranos Beneficios por huelga. 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro Social Beneficios de discapacitados. Ingresos regulares por fideicomiso o sucesiones. Pensiones Ingresos de Inversión. Ingresos de alquiler. Pagos regulares en efectivo fuera de la vivienda.

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o/a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o incluye un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o/a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

En los distritos escolares públicos, el estado de las comidas escolares de cada estudiante también se registra en un sistema informático estatal que se usa para informar los datos de los estudiantes al MDE según lo exige la ley estatal. El MDE usa esta información para: (1) Administrar programas estatales y federales, (2) Calcular los ingresos compensatorios para las escuelas públicas y (3) Juzgar la calidad del programa educativo del estado.

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA de:

(1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

(2) Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.