

Estimado padre/tutor:

Nuestra escuela ofrece comidas saludables todos los días. Para el año escolar 2024-2025, estamos utilizando el Programa de Comidas Escolares Gratuitas de Minnesota con una Disposición de Elegibilidad Comunitaria. Todos los estudiantes pueden obtener un desayuno y un almuerzo gratis cada día en la escuela. Aunque no se requiere una solicitud para recibir este beneficio de comida gratuita, ¡llenar esta Solicitud Alternativa de Beneficios Educativos sigue siendo importante! Su(s) hijo(s) puede(n) 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.

Para aplicar, complete la Solicitud Alternativa de Beneficios Educativos adjunta y devuélvala a:

**301 3rd St. NW  
Austin, MN 55912**

**¿Quién debe completar esta solicitud?** 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 niños en hogares de acogida, sin hogar, migrantes y fugitivos califican sin necesidad de reportar ingresos del hogar. Alternativamente, los niños pueden calificar si el ingreso de su hogar está dentro del máximo indicado para el tamaño de su hogar en las instrucciones.

#### **PREGUNTAS COMUNES:**

**Recibo 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. Por favor, complete una solicitud.

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

**¿Puedo aplicar si alguien en mi hogar no es ciudadano de los EE.UU.?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos de los EE.UU. para que complete una solicitud.

**¿Qué pasa si mi ingreso no siempre es el mismo?** Escriba la cantidad que normalmente recibe. Si normalmente recibe horas extra, inclúyalas, pero no si solo recibe horas extra a veces. Para trabajos estacionales, escriba el ingreso anual total.

**¿Se verificará la información sobre el ingreso o el número de caso que proporciono?** Puede que sí. 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, se protegerá como datos privados. Para obtener más información, consulte la página posterior de la Solicitud de Beneficios Educativos.

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

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame a nuestra oficina al (507) 460-1821.

Atentamente,

*Tanner Lange* RD, LD

Director, Servicios de Alimentación y Nutrición

## Instrucciones para completar la solicitud alternativa de beneficios educativos

Complete la Solicitud Alternativa de Beneficios Educativos para el año escolar 2024-25 si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

Cualquier miembro del hogar participa actualmente en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).

Uno o más niños en el hogar son niños de acogida (una agencia de bienestar o un tribunal tiene la responsabilidad legal del niño).

El ingreso total del hogar (ganancias brutas, no salario neto) debe estar en o por debajo del número marcado a continuación para calificar para comidas reducidas o gratuitas según el año escolar 2024-25. Para ver la distribución de las pautas de ingresos para calificar para comidas reducidas o gratuitas, revise las [Pautas de Ingresos del Hogar para el Año Escolar 2024-25](#).

### Ingresos totales máximos

Tamaño del hogar	\$ por año	\$ por mes	\$ dos veces al mes	\$ por 2 semanas	\$ por semana
1	27,862	2,323	1,162	1,073	537
2	37,815	3,153	1,577	1,456	729
3	47,768	3,982	1,992	1,839	920
4	57,721	4,811	2,406	2,221	1,111
5	67,674	5,641	2,821	2,604	1,303
6	77,627	6,470	3,236	2,987	1,494
7	87,580	7,300	3,651	3,370	1,686
8	97,533	8,129	4,065	3,753	1,877
Agregue por cada persona adicional (esta tarifa es para calificar para comidas reducidas)	9,953	830	415	383	192
Agregue por cada persona adicional (esta tarifa es para calificar para comidas gratis)	6,994	583	292	269	135

**Niños y Estado de Acogida:** Enumere a todos los niños en el hogar en la Sección 1.

- Indique que un niño está en cuidado de acogida marcando la casilla.
- Incluya cualquier ingreso regular, por ejemplo, ingresos suplementarios de seguridad (SSI), para niños que no sean de acogida. No liste ingresos ocasionales como cuidar niños.

**Número de Caso:** Complete la Sección 2 si algún miembro del hogar participa actualmente en uno de los programas enumerados en esa sección. Si se completa la Sección 2, omita la Sección 3 (nombres e ingresos de adultos).

**Adultos/Ingresos del Hogar:** Enumere a todos los miembros adultos del hogar, sean familiares o no, en la Sección 3. Incluya a un adulto que esté temporalmente fuera, como un estudiante que está fuera en la universidad. No complete la Sección 3 si se proporcionó un número de caso en la Sección 2, o si la solicitud es solo para niños de acogida.

Enumere los ingresos brutos de cada miembro adulto del hogar (no el salario neto) y con qué frecuencia se recibe cada ingreso. Por ejemplo, "S" para Semanalmente.

- Enumere los ingresos brutos antes de las deducciones.
- Si un ingreso varía, enumere la cantidad que normalmente recibe.
- Para ingresos de granja/trabajo por cuenta propia, enumere solo el ingreso neto después de restar los gastos comerciales.
- Ejemplos de "otros ingresos" para incluir en la última columna son beneficios de granja/trabajo por cuenta propia, beneficios para veteranos y beneficios por discapacidad.
- Marque la columna "Sin Ingresos" después del nombre de una persona si no tiene ingresos.

No incluya como ingresos: pagos de cuidado de crianza, beneficios educativos federales, pagos de MFIP, pago por combate, o el valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC, FDPIR o la Iniciativa de Vivienda Privatizada Militar.

**Firma:** El formulario debe ser firmado y fechado por un miembro adulto del hogar en la Sección 5.

# Solicitud alternativa para beneficios educativos para el año escolar 2024-25 Programas financiados por el estado y el gobierno federal

## Situación económica para informes MARSS: Disposiciones de elegibilidad comunitaria 2 y 3 Programa sin comidas

Complete una solicitud por hogar para todos los niños. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

Envíe por correo o devuelva el formulario completo a: Austin Public Schools 301 3rd St. NW, Austin, MN 55912

### 1. Nombres de todos los niños del hogar, incluidos los niños de acogida. Adjunte una página adicional si es necesario.

Apellido	Nombre de pila	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Grado	Escuela	marque si son niños de acogida	Cualquier ingreso regular para el niño Ejemplo SSI
						\$ por
						\$ por
						\$ por
						\$ por
						\$ por
						\$ por
						\$ por

### 2. Beneficios (si corresponde)

Si algún miembro del hogar recibe beneficios de uno de los programas enumerados a continuación, escriba el nombre de la persona y el número de caso, marque la casilla correspondiente y omita la Sección 3.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

- Minnesota Family Investment Program (MFIP)  Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)  Programa de distribución de alimentos en las reservas indígenas

Asistencia Médica y WIC no califican.

- El niño es responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o de un tribunal. (Si todos los niños para los que se solicita protección son niños de acogida, omita las secciones 3 y 4).

### Nombres de todos los adultos en el hogar (todos los miembros del hogar no enumerados en la Sección 1).

Incluya a todos los adultos que viven en su hogar, sean parientes o no. Adjunte una página adicional si es necesario.

Nombres de todos los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ganancias brutas por trabajar en empleos					¿Eres autónomo o agricultor?			Cualquier otro ingreso bruto				
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 del hogar estudiando o en la universidad..	Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mensual	Reporte sus ingresos antes de deducciones o impuestos en dólares enteros (sin centavos).	Mensual	Anual	Ingresos netos de explotación agrícola o trabajo por cuenta propia. No duplicar en ningún otro lugar.	Semanal	Quincenal	Dos veces al 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"/>	\$	<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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Ingresos del hogar: Escriba cada ingreso bruto y la frecuencia con la que lo recibe: semanal (W), quincenal (cada dos semanas) (BW), dos veces al mes (TM), mensual (M). No escriba el pago por hora. Si el ingreso fluctúa, escriba el monto que recibe normalmente. Adjunte una página adicional si es necesario.

4. Esta información puede compartirse con los Programas de Atención Médica de Minnesota para identificar a los niños que son elegibles para los programas de seguro médico de Minnesota. Deje la casilla en blanco para permitir que se comparta la información. Consulte la página 3 para obtener más información.

- No comparta información con los programas de atención médica de Minnesota.

Certifico (prometo) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, que se informan todos los miembros del hogar y los ingresos, que la solicitud se realiza para que la escuela pueda recibir fondos estatales con base en la información de la solicitud, que los funcionarios escolares pueden verificar la información de la solicitud y que la tergiversación deliberada de la información puede exponerme a procesamiento según los estatutos penales estatales y federales aplicables.

Firma del miembro adulto del hogar (requerido): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Office Use Only

Total Household Size: \_\_\_\_\_ Total Income: \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

**Approved (check all that apply):**  Case Number – Free  Foster – Free  Income – Free  Income – Reduced-Price

**Denied:**  Incomplete  Income Too High  Other: \_\_\_\_\_

Signature – Determining Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Change Status To:** \_\_\_\_\_ **Reason:** \_\_\_\_\_ **Withdrawn:** \_\_\_\_\_

### Office Use Only

Date Verification Sent: \_\_\_\_\_ Response Due: \_\_\_\_\_ Second Notice: \_\_\_\_\_

**Result:**  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 Verifying Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature Confirming Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Declaración de la Ley de Privacidad/Cómo se utiliza la información

Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para el estatus económico gratuito o de precio reducido para fines de informes estatales. 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 estatus económico de cada estudiante también se registra en un sistema informático estatal que se utiliza para informar los datos de los estudiantes al Departamento de Educación de Minnesota según lo exige la ley estatal. El Departamento de Educación de Minnesota usa esta información para: (1) administrar programas estatales y federales, (2) calcular los ingresos compensatorios para las escuelas públicas; y, (3) evaluar la calidad del programa educativo del estado.

Los niños que son elegibles para el estatus económico gratuito o de precio reducido pueden ser elegibles para los Programas de Atención Médica de Minnesota. El estado de elegibilidad de su hijo puede compartirse con los Programas de Atención Médica de Minnesota, a menos que nos indique que no compartamos su información marcando la casilla en la Sección 4 de la solicitud. No está obligado a compartir información para este propósito y su decisión no afectará el estado económico de su hijo según lo determinado en este formulario.