

Estimado padre/tutor:

Nuestra escuela ofrece comidas saludables todos los días. Todos los estudiantes pueden recibir un desayuno y un almuerzo gratis cada día en la escuela. Si bien no se requiere una solicitud para recibir este beneficio de comida gratuita, ¡completar la Solicitud de Beneficios Educativos es importante! La solicitud puede ayudar a la escuela a calificar para fondos educativos. Para presentar la solicitud, complete la Solicitud de Beneficios Educativos adjunta y envíela a:

104 5th Ave S
South St Paul, MN 55075

¿Quién debe completar esta solicitud? Los niños de 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), así como los niños en hogares de acogida, sin hogar, migrantes y fugitivos, califican sin declarar los ingresos del hogar. Alternativamente, los niños pueden calificar si sus ingresos familiares se encuentran dentro del límite máximo indicado para el tamaño de su hogar en las instrucciones.

PREGUNTAS FRECUENTES:

Recibo WIC o Asistencia Médica. ¿Mis hijos califican? Los niños de hogares que participan en WIC o Asistencia Médica no califican automáticamente. Los niños podrían ser elegibles dependiendo de otros datos financieros del hogar. Por favor, complete una solicitud.

¿A quiénes debo incluir como miembros del hogar? Inclúyase usted mismo y todas las demás personas que viven en el hogar, sean 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 necesitan ser ciudadanos estadounidenses para completar una solicitud.

¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos? Indique la cantidad que recibe habitualmente. Si suele recibir horas extras, inclúyala, pero no si solo las recibe ocasionalmente. Para trabajos de temporada, indique el total de ingresos anuales.

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

¿Cómo se conservará la información? La información que proporcione en el formulario, así como la aprobación de su hijo, se protegerán como datos privados. Para más información, consulte el reverso de la Solicitud de Beneficios Educativos.

Si no califico ahora, ¿puedo presentar solicitud más adelante? 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 651-306-7218.

Atentamente,

El equipo del servicio de nutrición

Cómo completar la solicitud de beneficios educativos

Complete el formulario de Solicitud de beneficios educativos para el año escolar 2025-26 si alguno de los siguientes casos se aplica a su hogar:

- 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) o
- El hogar incluye uno o más niños de crianza (una agencia de bienestar o un tribunal tiene responsabilidad legal por el niño) o
- Los ingresos totales de los miembros del hogar se encuentran dentro de los lineamientos que se muestran a continuación (**ganancias brutas antes de deducciones**, no el sueldo neto). No incluir como ingreso Pagos por cuidado de crianza, prestaciones federales de educación, pagos del MFIP o el valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC o FDPIR. Militares: No incluya la paga por combate ni la asistencia de la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares. Las directrices de ingresos entran en vigor del 1 de julio de 2025 al 30 de junio de 2026.

Ingreso total máximo

Tamaño del hogar	\$ por año	\$ por mes	\$ Dos veces al mes	\$ Por 2 Semanas	\$ por semana
1	28.953	2.413	1.207	1.114	557
2	39.128	3.261	1.631	1.505	753
3	49.303	4.109	2.055	1.897	949
4	59.478	4.957	2.479	2.288	1.144
5	69.653	5.805	2.903	2.679	1.340
6	79.828	6.653	3.327	3.071	1.536
7	90.003	7.501	3.751	3.462	1.731
8	100.178	8.349	4.175	3.853	1.927
Añadir por cada persona adicional	10.175	848	424	392	196

Paso 1: Niños

Enumere a todos los bebés y niños del hogar, su escuela y grado, si corresponde, y su fecha de nacimiento. Adjunte una página adicional si es necesario para enumerar a todos los niños. Marque la casilla si un niño está en acogida temporal (una agencia de bienestar social o un tribunal tiene la responsabilidad legal del 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 lo tiene. Indique el número total de miembros del hogar y asegúrese de que todos ellos figuren individualmente en la solicitud, en la sección de niños o adultos, según corresponda.
- **Ingresos por hijo** Si algún niño en el hogar recibe ingresos regulares, como SSI o trabajos a tiempo parcial, indique el monto total de los ingresos regulares que reciben todos los niños y marque la casilla con la frecuencia: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual. No incluya ingresos ocasionales como cuidar niños o cortar el césped.
- **Ingresos de 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..
 - **Ganancias brutas del trabajo** Generalmente, se trata del dinero que se recibe por trabajar en empleos donde se recibe un sueldo. Para cada ingreso, marque la casilla para indicar la frecuencia con la que se recibe: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual.
 - Indique los ingresos brutos antes de deducciones, no el sueldo neto. No indique el salario por hora. Para adultos sin ingresos que declarar, marque "0" o deje la sección en blanco. Para trabajos de temporada, indique el ingreso anual total.
 - **¿Es usted autónomo o agricultor?** Indique los ingresos netos mensuales o anuales después de los gastos comerciales. No incluya los mismos ingresos dos veces en la solicitud. Las pérdidas provenientes de actividades agrícolas o por cuenta propia deben registrarse como ingresos 0 y no reducen los demás 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. Esta información nos ayuda a garantizar que cumplamos con los requisitos de derechos civiles y que servimos plenamente a nuestra comunidad.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



2025–26 Solicitud de Beneficios Educativos

Complete una solicitud por hogar para todos los niños. Utilice bolígrafo (no lápiz). **Envíe por correo o devuelva el formulario completado a: South St Paul Schools, 104 5th Ave S., South St Paul, MN 55075**

Opción de exclusión: Coloque una "X" en la casilla provista si sus ingresos son más altos que las pautas de elegibilidad de ingresos que figuran en el reverso de la solicitud y NO desea solicitar beneficios educativos.

Paso 1: Indique **Todos los integrantes del hogar que sean bebés, niños y estudiantes** hasta el grado 12 inclusive (si se necesitan más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Definición: Un Integrante del Hogar es "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sea pariente." Para más información, lea *Cómo completar la solicitud de Beneficios Educativos*. Los adultos mayores de 12 años que vivan en el mismo hogar deben indicarse en el paso 3. Si sus niños asisten a diferentes distritos o colegios chárter/no públicos, devuelva una solicitud para cada uno de ellos.

Nombre del niño (indique todos los niños del hogar)	IM	Apellidos del niño	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Hijo adoptivo (V)
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

Paso 2: ¿Alguno de los integrantes del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDIPIR? La asistencia médica **no cumple** los requisitos. **Si es NO** > Vaya al Paso 3.

Si es SÍ > Introduzca el número de caso de SNAP, MFIP o FDIPIR (entre 4 y 9 dígitos, no indique el número de la tarjeta EBT) _____ y luego vaya al Paso 4 (No complete el Paso 3)

Paso 3: Reporte los ingresos de **todos** los integrantes del hogar (Omita este paso si contestó "SÍ" al Paso 2)

A. Cuatro últimos dígitos del número de seguro social (SSN) del integrante adulto del hogar: XXX-XX-□□□□ O marque si el adulto **No tiene SSN:** **Total de todos los integrantes del hogar** (niños + adultos)

B. Ingresos de los niños.

A veces los niños del hogar ganan o reciben ingresos, tales como de un trabajo de medio tiempo o SSI. Por favor, incluya el **total** de los ingresos recibidos por todos los niños indicados en el Paso 1. No incluya los ingresos recibidos por los adultos en la casilla a la derecha.

Total de ingresos recibidos por todos los niños	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Todos los integrantes adultos del hogar (incluido usted). Por cada integrante del hogar indicado, si reciben ingresos, indique únicamente los ingresos brutos totales. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0" o deje algún campo en blanco. Está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. ¿No está seguro de qué ingresos debe incluir aquí? Dé la vuelta a la página y consulte la sección "Fuentes de ingresos" para obtener más información. La sección "Fuentes de ingresos" le ayudará a rellenar los apartados "Ingresos de los niños" y "Todos los integrantes adultos de la unidad familiar".

Nombres de todos los adultos del hogar (nombre y apellidos)
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 en la escuela o en la universidad.

Ingresos brutos del trabajo				
Semanal	Quincenal	2 por 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"/>	\$

¿Es usted trabajador independiente o agricultor?		
Mensual	Annual	Ingresos netos de la agricultura o del trabajo por cuenta propia. No duplicar en ningún otro sitio.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Otros ingresos brutos				
Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	SSI, desempleo, asistencia pública, manutención de niños 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 un adulto. "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que esta información se da en relación con la obtención de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables."

He marcado esta casilla si no deseo que mi información se comparta con el programa de asistencia médica de Minnesota según lo permite la ley estatal.

Nombre impreso del adulto que firma la solicitud _____ Teléfono de día _____

Dirección (si está disponible) _____ Apto# _____ Ciudad _____ CP _____

FIRME AQUÍ: Firma del adulto del hogar _____ Fecha _____

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:

Consulte la página 2 para obtener información adicional. Devuelva la solicitud completada a la escuela a la dirección indicada en la parte superior del formulario. No lo envíe al Departamento de Educación de Minnesota ni al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

OPCIONAL: Identidad racial y origen étnico de los niños

Tenemos la obligación de pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos. Responda al paso uno, *Origen étnico* y al paso dos, *Raza*.

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

Paso dos: Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico Blanco

INSTRUCCIONES: Fuentes de ingresos

Fuentes de ingresos de los niños

Fuentes de ingresos de niños	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos del trabajo Seguro social <ol style="list-style-type: none"> Pagos por discapacidad Beneficios de sobreviviente Ingresos procedentes de una persona fuera del hogar Ingresos procedentes de cualquier otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial en el que recibe un sueldo o salario Un niño es ciego o tiene una discapacidad y recibe el seguro social Un padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado o ha fallecido y su hijo recibe Beneficios de la Seguridad Social Un amigo o un miembro de la familia le da regularmente dinero para gastos al niño. Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingresos de los adultos

Ingresos del trabajo	Asistencia pública / Pensión alimenticia	Otros ingresos
<ul style="list-style-type: none"> Sueldo, salario, bonificaciones en efectivo (antes de deducciones o impuestos) Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agricultura o negocio) Si pertenece a las Fuerzas Armadas de EE.UU.: <ol style="list-style-type: none"> Sueldo base y bonificaciones en efectivo (NO incluya la paga de combate, la FSSA ni los subsidios de vivienda privatizados) Subsidios para vivienda, comida y ropa fuera de la base 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudas en efectivo del gobierno estatal o local Ingreso Suplementario del Seguro Beneficios por desempleo Indemnización laboral Pensiones alimenticias Pagos de manutención de niños Beneficios para veteranos Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro social Beneficios por incapacidad Ingresos regulares procedentes de fideicomisos o herencias Anualidades Ingresos por inversiones Ingresos por alquiler Pagos regulares en efectivo procedentes de fuera del hogar

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere la información de esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para comidas 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. Los cuatro últimos dígitos del número de la seguridad social no son necesarios si presenta la solicitud en nombre de un niño en un hogar sustituto o si indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su niño, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de la seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su niño reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

En los distritos escolares públicos, la declaración de comidas escolares de cada estudiante también se registra en un sistema informático estatal que se utiliza para informar de los datos de los estudiantes al MDE, tal y como exige la ley estatal. El MDE utiliza esta información para: (1) Administrar programas estatales y federales, (2) Calcular los ingresos de compensación 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 los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, USDA Programa de Formulario de Denuncia de Discriminación que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la causa y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por:

- (1) **correo postal:** 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; o
- (3) **correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.



RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD Compartir información con otros programas

Estimado padre/tutor:

Su familia ha completado una solicitud de Beneficios Educativos. Si su hogar califica para beneficios educativos, le permite al distrito escolar descontar las tarifas de programas como atletismo, seguro tecnológico, excursiones, exámenes y más.

Debemos tener su permiso para compartir su estado de Beneficios Educativos con todos los programas de South St Paul School para que pueda recibir descuentos. Si desea compartir la información del estado de sus beneficios educativos para estos descuentos, marque la casilla e indique a continuación los nombres de sus estudiantes y las escuelas a las que asistirán. Devolver este formulario no cambiará el estado de su comida.

¡Sí! QUIERO que los funcionarios escolares compartan mi información de elegibilidad para Beneficios Educativos con los programas de las Escuelas de South St Paul, incluidos deportes, actividades académicas, seguro tecnológico, excursiones y exámenes ACT.

Asegúrese de que todos los niños de su hogar estén enumerados a continuación.

Solo se compartirá la información de los estudiantes enumerados. (Si necesita más espacio, proporcione la información del estudiante en el reverso de este formulario).

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a los Servicios de Nutrición Escolar de South St Paul al 651.306.3675 o enviar un correo electrónico a dpavel@sspps.org.

Devuelva este formulario a la Oficina del Distrito Escolar de South St Paul o a la escuela de su hijo (A la atención de: Servicios de Nutrición). Los descuentos del distrito no se aplicarán hasta que se complete y devuelva este formulario.