

2026-27 Solicitud de Beneficios Educativos

Envíe por correo o devuelva el formulario completado a: **Robbinsdale Area Schools Attn: Nutrition Services 4148 Winnetka Ave. N New Hope, MN 55427**

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 los niños en su hogar 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)
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐

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
\$	☐	☐	☐	☐

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 (prometiéndolo) 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).
☐	☐	☐	☐	\$
☐	☐	☐	☐	\$
☐	☐	☐	☐	\$
☐	☐	☐	☐	\$

¿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.
☐	☐	\$
☐	☐	\$
☐	☐	\$
☐	☐	\$

Otros ingresos brutos				
Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	SSI, desempleo, asistencia pública, manutención de niños y otros en la página 2
☐	☐	☐	☐	\$
☐	☐	☐	☐	\$
☐	☐	☐	☐	\$
☐	☐	☐	☐	\$

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, 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	☐ Verified? Attach Tracker	No change	Free After Verified	Reduced After Verified	Denied After Verified
	Weekly	Bi-weekly	2X Month	Monthly	Annualize		☐	☐	☐	☐
All Total Income (Include child and adult income)						Household Size:	Categorical Eligibility	Free	Reduced	Denied
\$	☐	☐	☐	☐	☐					
Determining Official Signature:							Date:			
Confirming Official Signature:							Date:			

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
• Ingresos del trabajo • Seguro social a. Pagos por discapacidad b. Beneficios de sobreviviente • Ingresos procedentes de una persona fuera del hogar • Ingresos procedentes de cualquier otra fuente	• 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
• 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: a. Sueldo base y bonificaciones en efectivo (NO incluya la paga de combate, la FSSA ni los subsidios de vivienda privatizados) b. Subsidios para vivienda, comida y ropa fuera de la base	• 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	• 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 exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarlos a proporcionar beneficios a su hogar. Inspectores y autoridades de cumplimiento de la ley también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las normas del programa.

Por favor, asegúrese de proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene un número de Seguro Social, marque la opción “No tiene número de Seguro Social”. Las solicitudes para un niño(a) en cuidado tutelar no requieren un número de Seguro Social. Tampoco es necesario incluir un número de Seguro Social en solicitudes para niños(as) en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR). Algunos niños(as) califican para comidas gratuitas sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para obtener comidas gratuitas para un(a) niño(a) en cuidado tutelar, en situación de falta de hogar, migrante o fugitivo(a).

En los distritos escolares públicos y escuelas chárter, el estatus de elegibilidad 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.

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.