



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. Aunque no se requiere una solicitud para recibir este beneficio de comidas gratuitas, ¡completar la solicitud de beneficios educativos sigue siendo importante! Su solicitud puede ayudar a la escuela a calificar para fondos educativos. **2026-27**

Para presentar la solicitud, complete la solicitud de Beneficios Educativos que se encuentra adjunta y envíela a:

Nutritional Services Department, 6000 West Moore Lake Drive, Fridley, MN 55432

¿Quién debe completar esta solicitud? Los niños de hogares que participan en el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), y los niños en hogares de crianza, sin hogar, migrantes y fugitivos califican sin reportar los ingresos del hogar. Alternativamente, los niños pueden calificar si su ingreso familiar está dentro del ingreso máximo indicado para el tamaño de su hogar en las instrucciones.

Preguntas Frecuentes:

Recibo WIC o asistencia médica. ¿Mis niños pueden recibir la ayuda? Los niños de hogares que participan en el programa WIC o en la asistencia médica no cumplen automáticamente los requisitos. Los niños pueden ser elegibles dependiendo de otra información financiera del hogar. Por favor, complete una solicitud.

¿A quién debo incluir como integrante de la familia? Debe incluirse a sí mismo y a todas las demás personas que vivan en el hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos).

¿Puedo solicitar la ayuda si alguien de mi familia no es ciudadano de los Estados Unidos? Sí. Ni usted ni sus niños tienen que ser ciudadanos estadounidenses para que usted pueda completar una solicitud.

¿Qué ocurre si mis ingresos no son siempre los mismos? Si normalmente cobra horas extras, inclúyalas, pero no si sólo las cobra a veces. En caso de trabajo de temporada, escriba el total de ingresos anuales.

¿Se comprobará la información sobre los ingresos o el número de caso que proporcione? Es posible. También podemos pedirle que nos envíe un justificante por escrito.

¿Cómo se conservará la información? La información que usted presente en el formulario y la aprobación de su niño se protegerán como datos privados. Para más información, consulte la página trasera de la solicitud de beneficios educativos.

Si no cumpla los requisitos ahora, ¿puedo presentar la solicitud más tarde? Sí. Complete una solicitud en cualquier momento si disminuyen sus ingresos, aumenta el tamaño de su unidad familiar o empieza a recibir Beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al 763-502-5021 or 763-502-5022.

Atentamente,

Renee Arbogast RDN SNS

Director of Nutritional Services

Kathy Backstrom

Nutritional Services Administrative Assistant

Cómo completar la solicitud de Beneficios Educativos

Complete el formulario de Solicitud de Beneficios Educativos para el año escolar 2026-27 si alguna de las siguientes situaciones aplica a su hogar:

- Algún integrante de la unidad familiar participa actualmente en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), en el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP) o en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o
- El hogar incluye uno o más niños en acogida (una agencia de asistencia social o un tribunal tiene la responsabilidad legal del niño) o
- Los ingresos totales de los integrantes de la unidad familiar están dentro de los límites indicados a continuación (ingresos brutos antes de deducciones, no salario neto). No incluya como ingresos: los pagos por acogimiento familiar, las prestaciones educativas federales, los pagos del MFIP ni el valor de la ayuda recibida de SNAP, WIC o FDPIR. Militares: No incluya la paga de combate ni la ayuda de la Iniciativa Militar de Vivienda Privatizada. Las pautas de ingresos están vigentes desde el **1 de julio de 2026 hasta el 30 de junio de 2027**.

Ingreso máximo total

Número de integrantes de la familia	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos veces por mes	\$ Por 2 semanas	\$ Por semana
1	29,526	2,461	1,231	1,136	568
2	40,034	3,337	1,669	1,540	770
3	50,542	4,212	2,106	1,944	972
4	61,050	5,088	2,544	2,349	1,175
5	71,558	5,964	2,982	2,753	1,377
6	82,066	6,839	3,420	3,157	1,579
7	92,574	7,715	3,858	3,561	1,781
8	103,082	8,591	4,296	3,965	1,983
Añadir por cada persona adicional	10,508	876	438	405	203

Paso 1: Niños

Indique a todos los bebés y niños del hogar, su colegio y curso, si procede, y fecha de nacimiento. Adjunte una página adicional si es necesario para indicar todos los niños. Marque la casilla si un niño está en acogida temporal (una agencia de asistencia social o un tribunal tiene la responsabilidad legal del niño).

Paso 2: Número de caso

Si algún integrante de la unidad familiar participa actualmente en SNAP, MFIP o FDPIR, escriba el número de caso y 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 / Los últimos 4 dígitos del número de seguro social

- **Número de la Seguridad Social/Total de integrantes de la unidad familiar.** Un integrante adulto del hogar debe presentar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla si no tiene número de seguro social. Indique el número total de integrantes de la unidad familiar y asegúrese de que todos los integrantes de la unidad familiar figuran individualmente en la solicitud en la sección de niños o adultos, según proceda.
- **Ingresos de los adultos** Si alguno de los niños de la unidad familiar tiene ingresos regulares, como SSI o trabajos a tiempo parcial, indique el importe total de los ingresos regulares percibidos por todos los niños y marque la casilla correspondiente a la frecuencia: semanal, quincenal, quincenal o mensual. No incluya ingresos ocasionales como cuidar niños o cortar el césped.
- **Ingresos de los adultos.** Indique en este apartado los nombres de los integrantes adultos de la unidad familiar y los ingresos obtenidos.
 - Indique todos los adultos que viven en el hogar y que no se hayan incluido en el paso 1, ya sean parientes o no, como abuelos, parientes o amigos.
 - **Ingresos brutos del trabajo.** Suele tratarse del dinero recibido por trabajar en empleos en los que se recibe un sueldo. Para cada ingreso, marque la casilla que indique la frecuencia con la que se recibe el ingreso: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual.

- Indique los ingresos brutos antes de las deducciones, no el sueldo neto. No indique el salario por hora. Para los adultos sin ingresos que declarar, escriba un "0" o deje el apartado en blanco. En caso de trabajo de temporada, escriba el total de ingresos anuales.
- **¿Es usted trabajador por cuenta propia o agricultor?** Indique los ingresos netos mensuales o anuales después de los gastos de la empresa. No indique los mismos ingresos dos veces en la solicitud. Las pérdidas procedentes de la agricultura o del trabajo por cuenta propia deben indicarse como ingresos nulos y no reducen los demás ingresos.
- **Otros ingresos brutos.** Indique los ingresos brutos antes de las deducciones de todas las demás fuentes, como SSI, desempleo, ayuda a los niños, asistencia pública, seguro social, ingresos por alquileres o rentas vitalicias.

Paso 4: Firma e información de contacto Un integrante adulto del hogar debe firmar el formulario. Si no desea que su información se comparta con los programas de asistencia médica de Minnesota, marque la casilla "No compartir" en el paso 4.

Opcional: Proporcione la información sobre etnicidad y raza que se solicita en la segunda página del formulario. Esta información no es obligatoria y no afecta su elegibilidad. La información ayuda a garantizar que cumplamos con los requisitos de derechos civiles y sirvamos plenamente a nuestra comunidad.

2026-27 Solicitud de Beneficios Educativos

Envíe por correo o devuelva el formulario completado a: (Información Escuela/Distrito)

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 charter/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 SI > 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 "SI" 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 (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			Ingresos netos de la agricultura o del trabajo por cuenta propia. No duplicar en ningún otro sitio.	
Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	Anual
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

¿Es usted trabajador independiente o agricultor?

Ingresos netos de la agricultura o del trabajo por cuenta propia. No duplicar en ningún otro sitio.

Otros ingresos brutos				SSI, desempleo, asistencia pública, manutención de niños y otros en la página 2	
Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	Free After Verified	Reduced After Verified
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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.

Do Not Fill Out: For School Office Use

Conversions to Annualize All Income:

X52 Weekly

X26 Bi-weekly

X24 2X Month

X12 Monthly

X1 Annualize

Verified? Attach Tracker

No change

Free After Verified

Reduced After Verified

Denied After Verified

All Total Income

(Include child and adult income)

\$

Household Size:

Categorical Eligibility

Free

Reduced

Denied

Determining Official Signature:

Date:

Confirming Official Signature:

Date:

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

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 trabajoSeguro social<ul style="list-style-type: none">a. Pagos por discapacidadb. Beneficios de sobrevivienteIngresos procedentes de una persona fuera del hogarIngresos 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 salarioUn niño es ciego o tiene una discapacidad y recibe el seguro socialUn padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado o ha fallecido y su hijo recibe Beneficios de la Seguridad SocialUn 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:<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">Ayudas en efectivo del gobierno estatal o localIngreso Suplementario del SeguroBeneficios por desempleoIndemnización laboralPensiones alimenticiasPagos de manutención de niñosBeneficios para veteranosBeneficios de huelga	<ul style="list-style-type: none">Seguro socialBeneficios por incapacidadIngresos regulares procedentes de fideicomisos o herenciasAnualidadesIngresos por inversionesPagos por alquilerPagos 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 Reservas Indígenas (FPIR). 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 charter, 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.

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS 2026-2027

Estimado padre, madre o tutor:

Si su familia reúne los requisitos para recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido, es posible que también reúna los requisitos para recibir beneficios adicionales en las Escuelas Públicas de Fridley. Podemos informar el estado de elegibilidad de su/s estudiante/s a otros miembros del personal del distrito para identificar otros apoyos económicos a los que sus hijos puedan tener derecho. **Debemos tener su permiso para compartir su información. El envío de este formulario no alterará el acceso de sus hijos a las comidas gratuitas o a precio reducido.**

- ☐ **Sí, QUIERO** que los funcionarios escolares compartan información sobre nuestra elegibilidad para recibir comidas gratuitas y a precio reducido con **los programas deportivos y actividades patrocinados por la escuela** con el único propósito de eximir o reducir la cuota de participación.
- ☐ **Sí, QUIERO** que los funcionarios escolares compartan información sobre nuestra elegibilidad para recibir comidas gratuitas y a precio reducido para actividades estudiantiles como excursiones, exámenes u otros programas patrocinados por la escuela en los que haya ayuda financiera.
- ☐ **Sí, QUIERO** que los funcionarios escolares compartan información sobre nuestra elegibilidad para recibir comidas gratuitas y a precio reducido para disminuir el costo del cuidado infantil.
- ☐ **Sí, QUIERO** que los funcionarios escolares compartan información sobre nuestra elegibilidad para recibir comidas gratuitas y a precio reducido a fin de obtener otras tarifas reducidas, como las de la banda, Youth in Government, etc.
- ☐ **Sí, QUIERO** que los funcionarios de la escuela compartan información sobre nuestra elegibilidad para comidas gratuitas y a precio reducido con **instituciones externas**, como el **Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Fridley** para actividades extraescolares o el Departamento de Educación de MN.
- ☐ **No QUIERO** que la información sobre nuestras comidas escolares gratuitas y a precio reducido se comparta con los programas mencionados.

Nombre del niño/a: _____ Grado _____ Escuela: _____

Nombre del niño/a: _____ Grado _____ Escuela: _____

Nombre del niño/a: _____ Grado _____ Escuela: _____

Nombre del niño/a: _____ Grado _____ Escuela: _____

Nombre del niño/a: _____ Grado _____ Escuela: _____

FIRMA del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

Aclaración en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Envíe este formulario junto con su solicitud de comidas a:

Fridley Public Schools - Nutritional Services
6000 West Moore Lake Drive, Fridley, MN 55432

De acuerdo con la legislación federal sobre derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad o edad, o en represalia o como venganza por una actividad previa en defensa de los 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 sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben comunicarse con el organismo estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe llenar un Formulario AD-3027, Formulario de denuncia por discriminación en un programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, por teléfono llamando al (866) 632-9992 o por escrito mediante una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completo se debe enviar al USDA por:

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

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

(3) Correo electrónico: program_intake@usda.gov.

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.