# ST. MICHAEL – ALBERTVILLE SCHOOLS

EXCELLENCE IS OUR TRADITION

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.

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

**St. Michael-Albertville ISD 885**
**Attn: Sherry Hanson**
**Email: sherryh@mystma.org**
**11343 50th Street Albertville MN 55301**
**Fax: 763-497-6588**

**¿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 cumplo 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 763-497-3180 ext. 4370.

Atentamente,

**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.

DEPARTMENT OF EDUCATION

# 2026–27 Solicitud de Beneficios Educativos

**Envíe por correo o devuelva el formulario completado a: sherryh@mystma.org fax 763-497-6588 or mail to 11343 50th Street NE Albertville MN 55301**

**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 FDPIR? 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 FDPIR (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 (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) | Ingresos brutos del trabajo | | | | | ¿Es usted trabajador independiente o agricultor? | | | Otros ingresos brutos | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Semanal | Quincenal | 2 por mes | Mensual | Informe los ingresos **antes de deducciones o impuestos** en dólares enteros (sin centavos). | Mensual | Anual | **Ingresos netos** de la agricultura o del trabajo por cuenta propia. No duplicar en ningún otro sitio. | Semanal | Quincenal | 2 por mes | Mensual | SSI, desempleo, asistencia pública, manutención de niños y otros en la página 2 |
| 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. | | | | | | | | | | | | | |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ |

**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 ☐ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **All Total Income** (Include child and adult income) | Weekly | Bi-weekly | 2X Month | Monthly | Annualize | **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<br>• Seguro social<br>a. Pagos por discapacidad<br>b. Beneficios de sobreviviente<br>• Ingresos procedentes de una persona fuera del hogar<br>• 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<br>• Un niño es ciego o tiene una discapacidad y recibe el seguro social<br>• Un padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado o ha fallecido y su hijo recibe Beneficios de la Seguridad Social<br>• Un amigo o un miembro de la familia le da regularmente dinero para gastos al niño.<br>• 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)<br>• Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agricultura o negocio)<br>• Si pertenece a las Fuerzas Armadas de EE.UU:<br>a. Sueldo base y bonificaciones en efectivo (NO incluya la paga de combate, la FSSA ni los subsidios de vivienda privatizados)<br>b. Subsidios para vivienda, comida y ropa fuera de la base | • Ayudas en efectivo del gobierno estatal o local<br>• Ingreso Suplementario del Seguro<br>• Beneficios por desempleo<br>• Indemnización laboral<br>• Pensiones alimenticias<br>• Pagos de manutención de niños<br>• Beneficios para veteranos<br>• Beneficios de huelga | • Seguro social<br>• Beneficios por incapacidad<br>• Ingresos regulares procedentes de fideicomisos o herencias<br>• Anualidades<br>• Ingresos por inversiones<br>• Ingresos por alquiler<br>• 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.