ROCHESTER
CATHOLIC SCHOOLS

Estimados padres o tutores:

En Rochester Catholic Schools, nos sentimos agradecidos de participar en el Programa de Comidas Escolares Gratuitas de Minnesota. Esto significa que **todos los estudiantes pueden recibir un desayuno y un almuerzo sin costo cada día escolar**.

Aunque **no es necesario presentar una solicitud** para que su hijo(a) reciba este beneficio, completar la **Solicitud de Beneficios Educativos (Application for Educational Benefits)** sigue siendo muy importante. Su solicitud puede ayudar a Rochester Catholic Schools a calificar para fondos estatales y federales adicionales que benefician a nuestros estudiantes y a toda nuestra comunidad escolar.

Para solicitar estos beneficios, complete la **Solicitud de Beneficios Educativos** adjunta y envíela por correo postal o por correo electrónico a:

Rochester Catholic Schools
Attn: Abby Slater
2800 19th Street NW
Rochester, MN 55901
billing@rcsmn.org

¿Quién debe completar esta solicitud?

Los estudiantes que viven 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 Reservaciones Indígenas (FDPIR)**, así como los estudiantes en cuidado temporal (foster care), sin hogar, migrantes o en situación de fuga, pueden calificar sin necesidad de informar los ingresos del hogar.

Además, los estudiantes pueden calificar si los ingresos de su hogar se encuentran dentro de los límites establecidos para el tamaño de su familia, según las instrucciones de la solicitud.

PREGUNTAS FRECUENTES

Recibo WIC o Asistencia Médica (Medical Assistance). ¿Mis hijos pueden calificar?
La participación en WIC o Medical Assistance no califica automáticamente a su familia. Sin embargo, sus hijos podrían ser elegibles dependiendo de la información financiera de su hogar. Le recomendamos completar la solicitud.

ROCHESTER
CATHOLIC SCHOOLS

¿A quién debo incluir como miembro del hogar?
Inclúyase usted y a todas las personas que viven en su hogar, sean o no familiares (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos).

¿Puedo presentar la solicitud si alguien en mi hogar no es ciudadano de los Estados Unidos?
Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para completar la solicitud.

¿Qué sucede si mis ingresos no son siempre los mismos?
Indique la cantidad que normalmente recibe. Si generalmente trabaja horas extras, inclúyalas. Si las horas extras son ocasionales, no las incluya. Si tiene un trabajo de temporada, indique el ingreso anual total.

¿Se verificará la información sobre mis ingresos o mi número de caso?
Es posible. También podríamos solicitar documentación escrita para verificar la información proporcionada.

¿Cómo se mantendrá confidencial mi información?
La información que proporcione en la solicitud, así como la elegibilidad de su hijo(a), se mantendrá como información privada. Para obtener más detalles, consulte la parte posterior de la Solicitud de Beneficios Educativos.

Si no califico ahora, ¿puedo presentar una solicitud más adelante?
Sí. Puede presentar una solicitud en cualquier momento durante el año escolar si sus ingresos disminuyen, el tamaño de su hogar aumenta o comienza a recibir beneficios de SNAP, MFIP o FDPIR.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con Abby Slater, Billing Coordinator, al 507-424-1817.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este importante formulario y por su continuo apoyo a Rochester Catholic Schools.

Bendiciones,

Abby Slater
Billing Coordinator
Rochester Catholic Schools

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: (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 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 (√)
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐

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				
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.	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
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
Do Not Fill Out: For School Office Use Conversions to Annualize All Income:	X 52	X 26	X 24	X 12	X 1	☐ **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:	Categorically Eligible	Free	Reduced	Denied
$	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
Determining Official Signature:								**Date:**		
Confirming Official Signature:								**Date:**		

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

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.