

SOLICITUD PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS 2019-20

Envíe la Forma Completa a: ISD #271, ESC, Food Services,

1350 W. 106th St. Bloomington, MN 55431

NO DESEO HACER LA SOLICITUD (Opt Out). Marque la casilla, anote los estudiantes, y firme la solicitud.

COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

Complete una solicitud por familia. Por favor use tinta (no lápiz). Si tiene preguntas, llame al 952-681-6570

PASO 1: Anote TODOS los miembros de su familia que viven con usted, incluyendo bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12. (Si necesita más espacio, anexe una hoja adicional).

(Los niños bajo Tutela Legal Temporal son elegibles para comidas gratuitas)

Primer Nombre Legal del Niño (bebé, niño o estudiante hasta el 12º grado)	2ª. Inicial	Apellido Legal del Niño	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Niño bajo su Tutela Legal Temp
1.						<input type="checkbox"/>
2.						<input type="checkbox"/>
3.						<input type="checkbox"/>
4.						<input type="checkbox"/>
5.						<input type="checkbox"/>

PASO 2: ¿Alguno de los miembros de la familia, incluyendo usted, participa en la actualidad en alguno de los siguientes programas de asistencia?

Si su respuesta fue SÍ, indique el programa: SNAP, MFIP, o FDPIR

Indique el NÚMERO DE CASO y vaya al paso 4

(Asistencia Médica y WIC no son elegibles)
Si su respuesta fue No, vaya al paso 3

PASO 3: Reporte el ingreso de TODOS los miembros de la familia (Omita este paso si contestó "SÍ" en el PASO 2 y tiene un número de caso.)

A. Ingreso Total de todos los Niños:

A algunas veces los niños de la familia reciben ingresos por empleo o por otro motivo, como el Seguro Social. Incluya el ingreso TOTAL de todos los niños del PASO 1.

Ingreso total de los niños	Semanal	Quincenal	2x al mes	Mensual
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Adultos Miembros de la Familia (incluyendo usted) Anote al resto de los miembros de la familia que no se anotaron en el PASO 1 (incluyendo estudiantes que están temporalmente fuera por la universidad) aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la familia anotado, reporte el ingreso bruto total (antes de impuestos o deducciones). Si usted no está recibiendo ningún ingreso, anote "0" o deje el espacio en blanco. Con esto usted está certificando (prometiendo) que no hay ingreso que reportar. ¿No está seguro qué ingreso reportar aquí? Vaya al reverso de la página y revise "Fuentes de ingreso de los Niños", y "Fuentes de Ingreso de los Adultos."

Anote a TODOS los Adultos de la Familia que viven con usted (nombre y apellido) que no hayan sido anotados en el Paso 1, incluyendo usted, aún si no recibe ingresos. (Miembro de la familia es alguien que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no estén directamente relacionados.)	Ingresos Brutos por Empleo Total antes de deducciones o impuestos. Números redondos (sin centavos)	Ingresos Brutos por Empleo				Negocio Propio (Ponga su ingreso después de sustraer los gastos del negocio)	Negocio Propio		Otros Ingresos como SSI, Desempleo, Asistencia Pública, y Otros mencionados en la 2ª página.	Otros Ingresos			
		Semanal	Quincenal	2x al Mes	Mensual		Mensual	Annual		Semanal	Quincenal	2X Mes	Mensual
1.	\$	<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"/>
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"/>
3.	\$	<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"/>
4.	\$	<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"/>

C. Se requieren los 4 últimos dígitos del Seguro Social (SSN) del adulto de la familia XXX-XX-□□□□ No tiene SSN: Núm. Total de Miembros de la Familia (Niños y Adultos) _____

PASO 4: Información de Contacto y Firma del Adulto. "Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se ha reportado todo nuestro ingreso. Comprendo que esta información se proporciona para recibir Fondos Federales, y que las autoridades de la Escuela podrían verificar (revisar) la información. Estoy consiente que, si he proporcionado a propósito información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables." Si sus hijos han sido aprobados para los beneficios de comidas escolares, esta información podrá ser compartida con los Programas de Salud de Minnesota como lo permite la Ley Estatal, y para otros beneficios escolares: cuotas de deportes, actividades y clases, tarifas de transporte reducidas, o cuotas para paseos o exámenes. Esta autorización es efectiva por un año. Marque abajo la casilla apropiada:

Compartan con otros beneficios escolares No compartan con los Programas de Salud de MN. (deje la casilla en blanco si nos autoriza compartir información con los Programas de Salud de MN)

Dirección: Calle _____ Apto# _____ Ciudad _____ CP _____ Teléfono _____

Firma del Adulto de la Familia (obligatoria) _____ Nombre en Letra de Molde _____ Fecha _____

Determining Official _____ Date _____

No llene esta parte: Sólo para la Escuela	Weekly	Bi-weekly	2X Month	Monthly	Annual	Household Size	Categor. Eligibility	Free	Reduced	Denied
Total Income	<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"/>				

INSTRUCCIONES: Fuentes de Ingresos

Fuentes de Ingreso de los Niños

Fuentes de Ingreso de los Niños	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos por Empleo • Seguro Social <ul style="list-style-type: none"> ○ Pagos por Discapacidad ○ Beneficios de Sobreviviente • Ingresos por personas fuera de la familia • Ingresos de alguna otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> • El niño tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo, donde gana un salario o sueldo. • El niño es ciego o con discapacidades y recibe Seguro Social • Uno de los padres tiene alguna discapacidad, está jubilado o falleció, por lo que el niño recibe beneficios del Seguro Social. • Un amigo o familiar proporciona regularmente al niño cierta cantidad de dinero para gastar. • Un niño recibe ingreso regular por fondo de pensión privada, renta vitalicia o fideicomiso.

Fuentes de Ingreso de los Adultos

Ingreso por Empleo	Asistencia Pública/Pensión Alimenticia /Manutención de los Hijos	Otros Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> • Salario y bonos en efectivo (antes de deducciones e impuestos). • Ingresos por trabajo por su cuenta (granja o negocio) • Si está en el servicio Militar de U.S.A: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, FSSA o subsidio privatizado de vivienda) ○ Pensiones para vivienda fuera de la base, comida y ropa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cash Assistance from State or local Government • Ingreso por Seguro Suplementario • Beneficios de Desempleo • Compensación de Trabajadores • Pago de Pensión • Pagos por manutención de los hijos • Beneficios de Veteranos • Beneficios de Huelga 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad Social • Beneficios por discapacidad • Ingreso regular por fideicomiso o inmuebles • Rentas Vitalicias • Ingreso por Inversiones • Ingreso por Renta • Pagos Regulares en efectivo provenientes de fuera de la casa.

La información de esta solicitud es requerida por **La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell**. Usted no tiene que proporcionar la información, pero de no hacerlo, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de seguro social no se requieren cuando presenta la solicitud en nombre de un niño bajo tutela temporal o cuenta con un número de caso u otro identificador de un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDIR) para su hijo, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa.

En los distritos escolares públicos, el estado de las comidas escolares de cada alumno también se registra en un sistema informático estatal utilizado para informar los datos del alumno al MDE según lo exige la ley estatal. MDE usa esta información para: (1) Administrar programas estatales y federales, (2) Calcular ingresos compensatorios para 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 regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por concepto de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o en represalia por alguna actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas con sordera, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja formal por discriminación, tiene 2 opciones: 1. Complete la [Forma USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) que se encuentra en línea en [Filing a Program Discrimination Complaint as a USDA Customer](#), o en cualquiera de las oficinas de la USDA, ó 2. Mande una carta dirigida a la USDA y provea en esa carta toda la información que se requiere en la forma. Para solicitar una copia de la forma, llame al (866) 632-9992. Mande su forma completa o carta a la USDA por alguno de los siguientes métodos:

(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: 202-690-7442; ó

(3) Correo Electrónico: program.intake@usda.gov

Esta Institución es un proveedor de oportunidades igualitarias.

No llene esta parte: Sólo para uso de la Escuela

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Annualized	Household Size	Categorical Eligibility	Free	Reduced	Denied
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Confirming Official's Signature

Date

Selected for Verification – attach Verification Tracker