

Solicitud de Beneficios Educativos 2018-19

Llene esta forma y envíela a: ISD #271, ESC- Food Service,
1350 W. 106th St, Bloomington, MN 5543

Comidas Escolares a Precio Reducido o Gratuito : Complete una solicitud por unidad familiar. Utilice bolígrafo (no lápiz). **Si tiene preguntas, llame al 952-681-6570**

PASO 1: Liste a **TODOS** los menores de su unidad familiar que sean **bebés, niños y estudiantes** hasta el 12º grado (Si necesita más espacio para agregar nombres, anexe otra hoja).

Definición: Se entiende como miembro de su unidad familiar "a todos los que viven con usted y que comparten ingresos y gastos, aunque no sean familiares." Los niños en adopción temporal son elegibles para comidas gratuitas.

Primer Nombre Legal del Niño	2º (Inicial)	Apellido(s) Legal(es) del Niño	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	¿Adopción Temporal?
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

PASO 2: ¿Algún miembro de su unidad familiar, incluyéndose usted, participa actualmente en alguno de los siguientes programas de asistencia?:

De ser así, indique en qué programa:

___ SNAP, ___ MFIP o ___ FDIR

Escriba el NÚMERO DE CASO, luego diríjase al Paso 4.

(WIC y Asistencia Médica no califican)

Si no participa en ninguno de estos programas asistencia, vaya al Paso 3.

PASO 3: Reporte el ingreso de **TODOS** los miembros de su unidad familiar. (Omita este paso si participa en algún programa del PASO 2 y cuenta con un # de caso)

A. Ingreso Total de los Niños

A veces los niños de la casa reciben ingresos. Por favor incluya el TOTAL de los ingresos recibidos por todos los Miembros incluidos en el PASO 1

Ingreso de los Niños	Semanal	Quincenal	2x al mes	Mensual
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Adultos de la Unidad Familiar (incluido usted) Liste a todos los miembros de su unidad familiar que no hayan sido listados en el PASO 1 (incluyéndose a usted) aún cuando no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que sí recibe ingresos, reporte el ingreso total bruto (antes de impuestos) de todos sus trabajos en números redondos (sin centavos). Si la persona no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba '0' ó deje el espacio correspondiente en blanco, con esto usted está certificando que no hay ingresos que reportar. Si usted no está seguro qué ingresos incluir, consulte al reverso para revisar las "Fuentes de Ingresos" para mayor información. La sección "Fuentes de Ingresos de los Niños" le ayudará a determinar el ingreso en la sección A. La sección "Fuentes de ingresos de los Adultos" le ayudará con los ingresos de la sección B.

Nombre de todos los Adultos de la Unidad Familiar (Nombre y Apellidos)	Ingreso Bruto por Trabajo (Cantidad total antes de las deducciones)	Si trabaja por su cuenta Ponga aquí el ingreso que le queda después de los gastos del negocio.				Otros ingresos como SSI, Desempleo, Asistencia Pública, Manutención de los hijos, y cualquier otro especificado en la página 2			
		Semanal	Quincenal	2x al mes	Mensual	Semanal	Quincenal	2x al Mes	Mensual
		<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. (Obligatorio) Últimos 4 dígitos del (SSN) de algún adulto de la unidad familiar XXX-XX-□□□□ o marque aquí si no tiene SSN: Total de miembros de la Unidad Familiar (Niños y Adultos) _____

PASO 4: Información de contacto y firma de un adulto. "Yo certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han reportado todos los ingresos. Entiendo que se proporciona esta información en conexión con la obtención de fondos Federales, y que el personal de la escuela puede verificar (revisar) la información. Estoy conciente de que si he proporcionado falsa información intencionalmente, mis hijos pueden perder los beneficios de alimentos, y yo podría ser procesado bajo las leyes Estatales y Federales aplicables." Si sus hijos han sido aprobados para los beneficios de alimentos escolares, esta información podría ser compartida con los programas de Minnesota Health Care como lo permiten las leyes estatales, y para **otros beneficios escolares:** cuotas de deportes, actividades y clases, cuotas reducidas de transporte y cuotas de paseos y exámenes. Esta autorización es efectiva por un año. Marque enseguida la casilla apropiada:

Compartan mi información para otros beneficios escolares. **No compartan mi información para los programas de MN Health Care.** (si desea que su información se comparta para los programas de Minnesota Health Care, deje la casilla en blanco.)

Nombre en letra de molde del adulto que firma esta solicitud

Firma del adulto (obligatoria)

Fecha de Hoy

Domicilio: Calle

Apto.#

Ciudad

Estado

C.P.

Teléfono

INSTRUCCIONES: Fuentes de Ingresos

Fuentes de Ingresos de los Niños

Fuentes de Ingreso de un niño	Ejemplo
<ul style="list-style-type: none"> Ingreso por trabajo Seguro Social <ul style="list-style-type: none"> Pago por Discapacidad Beneficios de Sobreviviente Ingresos provenientes por alguna persona fuera de la unidad familiar Ingresos de alguna otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Si tiene un trabajo de medio tiempo o tiempo completo donde gana un salario o recibe un pago. Si el niño es ciego o con discapacidades y recibe pagos de Seguridad Social. Si uno de los padres es discapacitado, jubilado o ha fallecido y el niño recibe beneficios de Seguridad Social. Si algún amigo o familiar le da al niño regularmente una cantidad para gastar. Si el niño recibe ingresos de una pensión privada de fondos, anualidad o fideicomiso.

Fuentes de Ingresos de los Adultos

Ingresos por trabajo	Asistencia Pública / Pensión Alimenticia/Manutención de los Niños	Otros Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> Salarios, sueldos, bonos en efectivo (antes de impuestos o deducciones) Ingresos netos si trabaja por su cuenta (negocio, granja) Si participa en el Servicio Militar de EU: <ul style="list-style-type: none"> Sueldo base y bonos (NO incluya pagos por combate, FSSA o concesiones para vivienda privada) Ayuda para vivienda fuera de su base, comida y ropa. 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia en efectivo del Estado o de su gobierno local. Ingreso de Seguridad Suplementario. Beneficios de desempleo. Compensación a los trabajadores. Ingreso por pensión alimenticia Ingreso por manutención de los niños. Beneficios a veteranos. Beneficios por huelga. 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad Social Beneficios de discapacidad Ingreso Regular por fideicomisos o herencias Anualidades Ingreso por Inversiones Ingresos por rentas Ingresos regulares en efectivo provenientes de fuera de la unidad familiar.

OPCIONAL: Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo por completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o de precio reducido. **Etnicidad (marque una):** Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (marque una o más): Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro-americano Nativo de Hawai u otras Islas Pacíficas Blanco

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 en adopción 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 Reservas Indígenas (FDIPIR) 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..

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 por discriminación del programa, complete la forma: USDA Program Discrimination Complaint form, (AD-3027) en línea: <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer>, o en cualquiera de las oficinas de la USDA, o 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:

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

fax: (202) 690-7442; or

Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta Institución es un proveedor de oportunidades igualitarias.

No llene esta sección: Es 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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Selected for Verification – attach Verification Tracker