

Solicitud de beneficios educativos – Año escolar 2016-17
Comidas escolares • Programas financiados por el estado y a nivel federal

Paso 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 en una familia, incluso si no son parientes. Si necesita más espacio incluya otra página.

Nombre del niño/niña	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño/a	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	¿Niño de crianza? (Una agencia o juzgado tiene responsabilidad legal por el niño/a) Si es sí, marque el círculo.	Opcional - Es el niño/a hispano/latino. Si lo es marque el círculo	Opcional – Identidad racial* Elijan uno o más círculos para cada niño/a				
								Indio/a Americano/a	Asiático	Americano/a de las Islas del Pacífico	Blanco/a	Blanco/a
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

* Los nombres completos de las categorías raciales son: Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska, Asiático/a, negro/a o africano/a americano/a, Nativo/a de Hawái u otras islas del Pacífico y blanco/a.

Paso 2 ¿Usted o cualquiera de los que viven en su unidad familiar reciben asistencia de los programas SNAP, MFIP o FDPIR? Haga un círculo: Sí **No**
No cuenta la asistencia de Medical Assistance y WIC. Si elige **No** > Vaya al PASO 3. Si elige **Sí** > Escriba el Nº DEL CASO y vaya al PASO 4.

Paso 3 A. Incluya **TODOS** los adultos en su unidad familiar incluido/a usted e informe de todos los ingresos. (No haga el PASO 3 si contestó “sí” en el PASO 2 o si todos los participantes son hijos de crianza-foster children.)

Adultos – Nombre completo Para obtener los beneficios de comidas escolares, los miembros de su unidad familiar son “todos aquellos que viven con usted y comparten los ingresos y los gastos, incluso si no son parientes.” Hagan una lista con el nombre completo de cada miembro de la unidad familiar que no aparecen en el Paso 1 y sus ingresos completos. Si una persona no tiene ingresos ponga 0 o deje la sección en blanco. Así certifica (promete) que no tienen ingresos. Incluya los estudiantes que están en la universidad.	Pago total por el trabajo <i>No escriban el pago por horas.</i>				Trabajo agrícola o por cuenta propia Ingresos netos tras pagar por los gastos del negocio. Incluyan si es anual o mensual.	Asistencia pública, Pensión alimenticia o conyugal Pagos recibidos.				Todos los demás ingresos Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de los veteranos, etc.						
	Pago completo antes de deducciones (no el pago que llevan a casa).	Semanal	Cada dos semanas	2 veces por mes		Cada mes	Semanal	Cada dos semanas	2 veces por mes	Cada mes	Semanal	Cada dos semanas	2 veces por mes	Cada mes		
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Los cuatro últimos números del número de la seguridad social (SSN) de la persona que firma o no tiene SSN (requerido):

XXXX–XXXX – o No tengo número de seguridad social

C. ¿Alguno de los niños que aparecen en el Paso 1 reciben ingresos regulares como SSI o un salario?

Ingresos regulares de los niños (si tienen ingresos):

\$ TOTAL	Semanal	Bi- semanal	2 veces por mes	Cada mes
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Paso 4 Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que incluye toda la información de todos los miembros de nuestra unidad familiar y sus ingresos. Entiendo que esta información se da en conexión a recibir fondos federales o estatales y que las escuelas pueden verificar (investigar) la información. La información que doy se puede compartir con los programas de salud de Minnesota tal y como lo permite la ley del estado, a no ser que marquen esta caja: No compartan mi información con los programas de salud de Minnesota.

Firma de un miembro adulto de la unidad familiar (obligatorio) _____ Escriba el nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Zip _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Office Use Only Total Household Size: _____ Total Income: \$ _____ per _____ Approved: Case Number – Free Foster – Free Income – Free Income – Reduced-Price Denied: Incomplete Income Too High Signature of Determining Official: _____ Date: _____

¿Es obligatorio entregar esta solicitud?

Esta solicitud se debe rellenar completa para solicitar los almuerzos gratis o reducidos de las escuelas, a no ser que:

- (1) Su escuela ofrezca comidas gratis a todos los estudiantes sin solicitud de sus unidades familiares (*Cláusula de requisitos de la comunidad -Community Eligibility Provision, Cláusula - Provision 2 o Cláusula - Provision 3*) o
- (2) Se le notificó que su hijo/a (s) han sido certificados directamente para recibir beneficios de comidas escolares basándose en su estatus de niños de crianza o su participación en el programa de asistencia adicional de comida (SNAP), El programa de inversión en la familia de Minnesota (MFIP) o el programa de distribución de comida en reservas indias (FDPIR).

Declaración sobre la Ley de Privacidad / Cómo se usa la información

La ley nacional Richard B. Russell para comidas escolares requiere la información en esta solicitud. No tienen que dar esta información pero si no lo hacen no podemos aprobar que su hijo/a reciba las comidas escolares de precio reducido. Deben incluir los últimos cuatro números del número de la seguridad social del adulto miembro de la unidad familiar que firma la solicitud. Los cuatro últimos números del número de la seguridad social no son obligatorios cuando solicitan por un niño/a de crianza- foster child, o si dan un número de asistencia de MFIP, SNAP o FDPIR, o si indican que el miembro adulto que firma la solicitud no tiene un número de la seguridad social.

Sólo personas autorizadas tendrán acceso a la información que nos da en este formulario.

Usaremos su información para determinar si su hijo cumple los requisitos para recibir comidas gratuitas, así como para fines de administración y cumplimiento de los programas de comidas escolares. Quizás compartamos su información con otros programas de educación, salud y nutrición a fin de ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, a los auditores para fines de revisiones de programas y a los funcionarios de cumplimiento de las leyes a fin de ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa. Necesitamos su permiso por escrito antes de compartir la información con ese fin.

Por favor, incluya la información necesaria sobre la raza o identidad étnica de su hijo/a (s). Esta información no es obligatoria y no afecta a su aprobación para recibir beneficios del programa. Usamos los porcentajes de los participantes en cada categoría racial/étnica para asegurarnos de que nuestro programa no discrimina de acuerdo a las leyes federales de derechos civiles.

En los distritos escolares públicos, los requisitos de cada estudiante también se registran en un sistema de computadora estatal que comparte los datos sobre los estudiantes con el Departamento de Educación de Minnesota según lo exige la ley estatal. El Departamento de Educación de Minnesota usa esta información para: (1) : administrar los programas estatales y federales, (2) calcular ingresos compensatorios para escuelas públicas, y (3) juzgar la calidad del programa educativo del estado.

La información que incluye en esta solicitud se puede compartir con los programas de salud de Minnesota, a no ser que la persona que rellena esta solicitud haya marcado la caja en el Paso 4 para no compartir la información.

Declaración de no discriminación

De acuerdo a las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones de las leyes de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") y sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran los programas de USDA prohíben la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, o represalias por actividad en derechos civiles en cualquiera de los programas o actividades llevadas a cabo o financiadas por USDA. Las personas con discapacidades que requieren modos alternativos de comunicación para información de un programa (por ejemplo, Braille, letras grandes, audio, lenguaje de signos, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde pueden solicitar los beneficios. Las personas que están sordas o no pueden oír bien o tienen problemas del habla pueden ponerse en contacto con USDA a través del servicio federal de transmisiones - Relay Service en el (800) 877-8339. Además, la información del programa puede enviarse en otros idiomas además de en inglés. Si desea presentar una queja por discriminación al programa de Derechos Civiles, complete el USDA *Program Discrimination Complaint Form* (AD-3027) que pueden encontrar en internet: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA, o escriban una carta a USDA y pidan en la carta la información que necesitan en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llamen al (866) 632-9992. Envíen su formulario completo a USDA a través de:

- (1) Correo a U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410, o (2) fax to (202) 690-7442; o (3) email to program.intake@usda.gov. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Office Use Only: Verification

Date Verification Sent: _____ Response Due: _____ 2nd Notice: _____
Result: No Change Free to Reduced-Price Free to Paid Reduced-Price to Free Reduced-Price to Paid
Reason for Change: Income Case number not verified Foster not verified Refused Cooperation Other: _____

Signature of Confirming Official: _____ Date: _____ Signature of Verifying Official: _____ Date: _____

