



2022-23 Solicitud de beneficios educativos – Opción de verano sin interrupciones

Complete una solicitud por hogar para todos sus hijos/as. Por favor, utilice el bolígrafo (no un lápiz). Envíe por correo o devuelva el formulario completo a: Northfield Public Schools Child Nutrition Services, 201 Orchard Street S., Northfield, MN 55057

PASO 1: Incluya TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Definición: Un miembro del hogar es "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no son parientes". *Lean cómo completar la solicitud de beneficios educativos para obtener más información.* Los adultos mayores de 12º grado que viven en el mismo hogar deben incluirse en el Paso 3. Si sus hijos/as asisten a diferentes distritos o escuelas chárter /no públicas, entreguen una solicitud en cada escuela.

Nombre del niño/a (haga una lista de todos los niños y niñas en el hogar)	MI	Apellido de la niña o niño	escuela	grado	Fecha de nacimiento	Niño de crianza (v)
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

PASO 2: ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) es parte de uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDPPIR? La asistencia médica **no** cuenta. **SINO** > vaya al PASO 3.

SÍ >Escriba el número de caso SNAP, MFIP o FDPPIR (entre 4 y 9 números, no incluya el número de su tarjeta EBT) _____ y luego vaya al PASO 4 (No rellene el PASO 3).

PASO 3: Informar de los ingresos para TODOS los miembros del hogar (no haga este paso si respondió 'Sí' al PASO 2)

A. Últimos 4 números del nº de seguro social (SSN) de una persona adulta del hogar: --- o marque aquí si la persona adulta **no tiene SSN:**

B. Ingresos por hijos/as. **Nº total de todos los miembros del hogar** (Niños/as más adultos/as)

A veces, los niños y niñas en el hogar ganan o reciben ingresos, como de un trabajo a tiempo parcial o SSI. Por favor incluyan los ingresos **TOTALES** recibidos por todos los niños y niñas que aparecen en el PASO 1. No incluya ingresos recibidos por adultos en la casilla de la derecha.

Ingresos totales recibidos por todos los niños y las niñas	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted). Para cada miembro del hogar que aparece en la lista, si reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0' o deje las secciones en blanco y así están certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que informar. ¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí? Voltee la página y revise "Fuentes de ingresos" para obtener información. "Fuentes de ingresos" le ayudará con la sección de ingresos de los hijos/hijas y la sección de: Todos los miembros adultos del hogar.

Nombres de todos Las personas adultas del hogar (nombre y apellido)	

Ganancias brutas por trabajo en empleos		Incluir ingresos antes de deducciones o impuestos enteros (sin centavos).	
Semanal	2x 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"/>	\$

¿Trabaja por cuenta propia o es agricultor?		Ingresos netos de la granja/rancho o trabajo por cuenta propia. No duplique en otro lugar.	
anual	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"/>	\$	\$

Cualquier otro ingreso bruto			
Semanal	Quincenal	2x 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"/>

PASO 4: Información de contacto y firma de adulto. "Certifico (prometo) que toda la información sobre esta solicitud es verdadera y que se informa de todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción 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, mis hijos/hijas pueden perder los beneficios de comida, y puedo procesarse bajo las leyes estatales y federales para este tipo de caso".

He marcado esta casilla de que *no* quiero que mi información se comparta con Minnesota Health Care Program / Programa de salud según lo permitido por la ley estatal.

Nombre impreso de la persona que firma _____ Teléfono durante al día _____

Dirección (si tienen) _____ n° de apartamento _____ Ciudad código postal _____

FIRMA AQUÍ: Firma de la persona adulta del hogar _____ Fecha _____

OPCIONAL: Identidades raciales y étnicas de los niños

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos e hijas. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo a todas las personas de nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el que sus hijos/as obtengan las comidas gratuitas o a precio reducido. Respondan tanto al Paso Uno, *Etnicidad* como al Paso Dos, *Raza*.

Primer paso: Etnicidad (marque uno): Hispano/a o latino/a No hispano/a o latino/a

Paso dos: Raza (marque uno o más): Indio Americano o nativo de Alaska Asiático/a Negro/a o Africano/a Americano/a Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco

INSTRUCCIONES: Fuentes de ingresos

Fuentes de ingresos para los niños y niñas

Fuentes de ingresos de los hijos/as	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos del trabajo seguridad social <ul style="list-style-type: none"> a. Pagos por discapacidad b. Beneficios para sobrevivientes Ingresos de una persona fuera del hogar Ingresos procedentes de cualquier otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un salario o salarios Un niño o niña es ciego/a o discapacitado/a y recibe seguro social Un padre o madre está discapacitado/a, jubilado/a o fallecido/a, y su hija/o recibe beneficios del Seguro Social Un amigo o amiga o persona de la familia extendida regularmente le da dinero a un niño/a y lo gasta Un niño/a recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de ingresos para personas adultas

Ganancias del trabajo	Asistencia Pública / Pensión Alimenticia / Manutención de los hijos/as	Todos los demás ingresos
<ul style="list-style-type: none"> Salario, salarios, bonos en efectivo (antes de deducciones o impuestos) Ingresos netos por trabajo por cuenta propia (explotación agrícola o empresarial) Si usted está en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos: <ul style="list-style-type: none"> a. Salario básico y bonificaciones en efectivo (NO incluyen pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) y ropa fuera de la base b. Subsidios para vivienda, alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local Seguridad de Ingreso Suplementario Prestaciones de desempleo Compensación al trabajador Pagos de pensión alimenticia Pagos de manutención de los hijos e hijas Beneficios para veteranos/as Beneficios por huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad social Prestaciones por discapacidad Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios Anualidades Ingresos por inversiones Ingresos por alquiler Pagos regulares en efectivo desde fuera del hogar

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere obtener la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo/a para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la persona adulta del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando usted solicita en nombre de un niño de crianza o usted recibe ayuda de un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o un Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR, por sus siglas en inglés) o cuando indica que una persona adulta del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo/a puede recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de si cumple los requisitos con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de 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 la comida escolar de cada estudiante también se registra en un sistema informático estatal utilizado para reportar los datos de los estudiantes a MDE según lo requiere la ley estatal. MDE utiliza esta información para: (1) Administrar programas estatales y federales; (2) Calcular ingresos compensatorios para las 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 los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores en derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. La información del programa se puede compartir en otros idiomas que no sean inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del 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 sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja de discriminación del programa complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA, formulario AD-3027 que se encuentra en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint%20Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en las oficinas de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta a USDA. La carta debe tener el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que hace la queja y una descripción escrita de cómo fue la discriminación con suficiente información y detalles para informar a la oficina de la secretaria asistente de derechos civiles (ASCR) sobre qué ocurrió y la fecha de cuando se violaron los derechos civiles de la persona. El formulario completo, AD-3027 o carta se debe enviar a USDA por: (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 fax (833)256-1665 o (202) 690-7442; 0 email: program.intake@usda.gov

No rellene: Para uso de la oficina de la escuela Conversiones para anualizar todos los ingresos:	X1	<input type="checkbox"/>	¿verificado? Adjuntar rastreador	<input type="checkbox"/>	Sin cambios	<input type="checkbox"/>	Gratis después de verificar	<input type="checkbox"/>	Reducido después de verificar	<input type="checkbox"/>	Denegado después de la verificación	<input type="checkbox"/>
	X2	<input type="checkbox"/>	Tamaño del hogar:	<input type="checkbox"/>	Elegibilidad	<input type="checkbox"/>	Gratis	<input type="checkbox"/>	Reducido	<input type="checkbox"/>	Denegado	<input type="checkbox"/>
X3 Mes X4 2X Mes X5 Quincena X6 Semanal	<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"/>
\$ _____ Determinación de la firma oficial: Confirmación de la firma oficial:	fecha: _____ fecha: _____											