

Estimada madre/padre/tutor o tutora:

Nuestra escuela ofrece comidas saludables todos los días. A partir del año escolar 2023-24, estaremos en el Programa de Comidas Escolares Gratuitas de Minnesota. Todos los/las estudiantes pueden recibir un desayuno y un almuerzo gratis cada día en la escuela. Aunque no se requiere ninguna solicitud para recibir este beneficio de comida gratuita, ¡completar la Solicitud de beneficios educativos sigue siendo importante! Su(s) hijo/a(s) puede(n) recibir otros beneficios como tarifas reducidas en la escuela. Su solicitud también puede ayudar a la escuela para que pueda pedir y recibir fondos de educación, descuentos y otros programas de comidas. Espere de 7 a 10 días para que su solicitud sea revisada. Su carta de aprobación/denegación llegará por correo electrónico.

Para presentar una solicitud, complete la Solicitud de beneficios educativos adjunta y devuélvala al:
Departamento de Nutrición Infantil de las Escuelas Públicas de Northfield
201 Orchard Street South Northfield, MN 55057

¿Quién debe completar esta solicitud? Los niños y niñas 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 Reservas Indígenas (FDPIR), y los niños de crianza, sin hogar, migrantes y fugitivos también pueden recibir los descuentos y beneficios sin tener que informar sobre los ingresos del hogar. Alternativamente, a los niños y niñas se les puede considerar si los ingresos de su hogar están dentro del ingreso máximo que se muestra en las instrucciones para el tamaño de su hogar.

PREGUNTAS FRECUENTES:

Recibo WIC o Asistencia Médica. ¿Pueden mis hijos/as recibir los beneficios? Los niños y niñas en hogares que participan en WIC o Asistencia Médica no reciben los descuentos y beneficios automáticamente. Los niños y niñas pueden recibirlos dependiendo de otra información financiera del hogar. Por favor, rellenen una solicitud.

¿A quién debo incluir como miembros del hogar? Inclúyase a sí mismo/a y a todas las demás personas que viven en el hogar, relacionadas o no (como abuelos, otros parientes o amigos).

¿Puedo hacer la solicitud si alguien en mi hogar no es ciudadano/a estadounidense? Sí. Usted o sus hijos/as no tienen que ser ciudadanos/as estadounidenses para completar una solicitud.

¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos? Haga una lista de la cantidad que normalmente recibe. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no si obtiene horas extras solo a veces. Para el trabajo estacional temporal, escriba el ingreso anual total.

¿Se verificará la información de ingresos o el número de caso que proporciono? Puede ser. También podemos pedirle que envíe una prueba por escrito.

¿Cómo se guardará la información? Se protegen como datos privados la información que proporcione en el formulario, y la aprobación de su hijo/a. Para obtener más información, consulte la página de la Solicitud de beneficios educativos.

Si no cumplo los requisitos ahora, ¿puedo presentar una solicitud más tarde? Sí. Complete una solicitud en cualquier momento si sus ingresos disminuyen, el tamaño de su hogar aumenta o comienza a recibir beneficios de SNAP, MFIP o FDPIR.

Si tienen otras preguntas o necesitan ayuda, llamen a Rachael Caspers al 507-663-0621.

Atentamente,
Stephany Stromme,
Directora de nutrición infantil

Cómo completar la solicitud de beneficios educativos

Complete el formulario de Solicitud de beneficios educativos para el año escolar 2023-24 si cualquiera de los siguientes puntos se aplica a su hogar:

- Cualquier miembro del hogar está en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o
- El hogar incluye uno o más niños/as de crianza (una agencia de bienestar o tribunal tiene la responsabilidad legal) o
- El ingreso total de los miembros del hogar está dentro de las pautas que se muestran a continuación (**ingresos brutos antes de deducciones**, no el salario neto). No incluya como ingreso: pagos de cuidado de crianza, beneficios federales de educación, pagos de MFIP o valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC o FDPIR. Militares: No incluyan el pago de combate o la asistencia de la Iniciativa de Vivienda Privatizada para las Fuerzas Armadas. Las pautas de ingresos se pueden usar desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024.

Ingreso total

Tamaño del hogar	\$ por año	\$ por mes	\$ dos veces al mes	\$ por 2 semanas	\$ por semana
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Añadir por cada persona adicional	9,509	793	397	366	183

Paso 1: Niños/as

Haga una lista de todos los bebés y niños/as en el hogar, su escuela y grado, si corresponde, y la fecha de nacimiento. Adjunte una página adicional si es necesario para hacer una lista de todos los niños y niñas. Marque la casilla /a si un niño está en cuidado de crianza (una agencia de bienestar o un tribunal tiene la responsabilidad legal del niño/a).

Paso 2: Número de caso

Si algún miembro del hogar participa actualmente en SNAP, MFIP o FDPIR, escriba el número de caso y luego 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 e hijos / Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social

- **Número de Seguro Social/Miembros totales del hogar.** Un miembro adulto del hogar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene un número de Seguro Social. Informe el número total de miembros del hogar y asegúrese de que todos los miembros del hogar se enumeren individualmente en la solicitud en la sección para niños o adultos, según corresponda.
- **Ingresos infantiles.** Si algún niño en el hogar tiene ingresos regulares, como SSI o trabajos a tiempo parcial, enumere la cantidad total de ingresos regulares recibidos por todos los niños y marque la casilla para la frecuencia: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual. No incluya ganancias ocasionales como cuidado de niños o cortar el césped.
- **Ingresos de adultos.** Informe los nombres de los miembros adultos del hogar y los ingresos obtenidos en esta sección.
 - Cree una lista de todos los adultos viviendo en el hogar que no están en Paso 1, parientes o no, abuelos, amigos...
 - **Ingresos brutos del trabajo.** Este suele ser el dinero recibido de trabajar en trabajos donde se recibe un cheque de pago. Para cada ingreso, marque la casilla para mostrar con qué frecuencia se reciben los ingresos: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual.
 - Enumere los ingresos brutos antes de las deducciones, no el pago neto. No incluya una tarifa salarial por hora. Para adultos sin ingresos ponga un '0' o deje la sección en blanco. Para el trabajo temporal, escriba el ingreso anual total.
 - **¿Trabaja por cuenta propia o es agricultor?** Enumere los ingresos netos por mes o año después de los gastos comerciales. No incluya el mismo ingreso dos veces en la solicitud. Una pérdida por explotación agrícola o trabajo por cuenta propia debe figurar como 0 ingresos y no reduce otros ingresos.
 - **Cualquier otro ingreso bruto.** Enumere los ingresos brutos antes de las deducciones de todas las demás fuentes, como SSI, desempleo, manutención infantil, asistencia pública, seguridad social, ingresos por alquiler o renta vitalicia.

Paso 4: Firma e información de contacto Una persona adulta del hogar debe firmar el formulario. Si no desea que su información se comparta con Minnesota Health Care Programs, marque la casilla "No compartir" en el Paso 4.

Opcional: Proporcione la información del origen étnico y raza solicitada en la segunda página del formulario. Esta información no es obligatoria y no afecta la aprobación de los beneficios de comidas escolares. La información ayuda a garantizar que cumplimos con los requisitos de derechos civiles y servimos a todas las personas de nuestra comunidad.

2023-24 Solicitud de beneficios educativos

Complete una solicitud por hogar para todos sus hijos/as. Por favor, use bolígrafo (no lápiz). **Envíe por correo o devuelva completo a: Escuelas Públicas de Northfield 201 Orchard Street South, Northfield, MN 55057**

PASO 1: Haga una lista de 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 vive con usted y comparte ingresos y gastos, incluso si no son parientes". Lea *Cómo completar la Solicitud de beneficios educativos* para obtener más información. Personas de más de 12 años que viven en el mismo hogar deben ser incluidos en el Paso 3. Si sus hijos/as asisten a diferentes distritos o escuelas chárter / no públicas, devuelvan una solicitud para cada uno.

Nombre del niño/a (incluya a todos los niños del hogar)	MI (Middle name)	Apellido del niño/a	Escuela	Grado	Nacimiento	Niño adoptado (v)
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

PASO 2: ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDIPIR? La asistencia médica **no** se incluye. **Si NO** > vaya al PASO 3.

En caso afirmativo > Ingrese el número de caso SNAP, MFIP o FDIPIR (entre 4 y 9 dígitos, no comparta el número de tarjeta EBT) _____ luego vaya al PASO 4 (**No complete el PASO 3**)

PASO 3: Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (no tiene que hacer este paso si respondió "Sí" al PASO 2)

A. Últimos cuatro números del número de Seguro Social (SSN) del adulto del hogar: **Si el adulto no tiene el número:** Número total de todos los miembros del hogar (niños + adultos)

B. Ingresos de hijos e hijas.

A veces, los niños en el hogar ganan o reciben ingresos, como un trabajo a tiempo parcial o SSI. Por favor, incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los niños que pusieron en el PASO 1. No incluya los ingresos recibidos por los adultos en el recuadro de la derecha.

Ingresos totales recibidos por los niños	Semanal	Quincena	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 enumerado, si recibe ingresos, informe solo el ingreso bruto total. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriban '0' o dejen los campos en blanco. Usted está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar. ¿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 niños y niñas y la sección Todos los miembros adultos del hogar.

Nombres de todos los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos brutos de trabajar en empleos					¿Trabaja por cuenta propia o es agricultor?			Cualquier otro ingreso bruto				
Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Incluya a los niños que están temporalmente ausentes en la escuela o en la universidad.	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Incluya todos los ingresos antes de deducciones o impuestos en dólares enteros (sin centavos).	Mensual	Anual	Ingresos netos del trabajo agrícola o por cuenta propia. No duplique en otro lugar.	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	SSI, Desempleo, Asistencia Pública, Manutención de Niños, y otros en la página 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"/>	\$
	<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"/>	\$

PASO 4: Información de contacto y firma de un adulto. "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y se incluyen todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos/as pueden perder los beneficios de las comidas y me pueden procesar bajo las leyes estatales y federales aplicables".

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

Nombre de la persona relleno el formulario _____ Teléfono _____

Dirección (si está disponible) Apt. _____ Ciudad _____ Código postal _____

FIRMA AQUÍ: Firma del adulto del hogar _____ Fecha _____

	X52	X26	X24	X12		X1		No change	Free After Verified	Reduced After Verified	Denied After Verified
Do Not Fill Out: For School Office Use Conversions to Annualize All Income:							<input type="checkbox"/> Verified? Attach Tracker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All Total Income (Include child and adult income)	Weekly	Bi-weekly	2X Month	Monthly		Annualize	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determining Official Signature:	Date:										
Confirming Official Signature:	Date:										

OPCIONAL: Identidades raciales y étnicas de los niños y niñas

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos/as. 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 si sus hijos/as pueden o no recibir los beneficios. Respondan tanto al Paso Uno, *Etnicidad* como al Paso Dos, *Raza*.

Paso uno: Etnicidad (marque uno): Hispano o Latino No hispano o latino

Paso dos: Raza (marque uno o más): Nativo/a americano/a o nativo/a de Alaska Asiático/a Negro/a o africano/a americano/a Nativo/a de Hawaii o de las Islas del Pacífico Blanco/a

INSTRUCCIONES: Fuentes de ingresos

Fuentes de ingresos para los niños/as

Fuentes de ingresos de niños/as	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos del trabajo Seguridad social <ol style="list-style-type: none"> Pagos por discapacidad Beneficios para sobrevivientes Ingresos de personas ajenas al hogar Ingresos de cualquier otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño/a tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial donde gana un salario. Un niño es ciego o discapacitado y recibe Seguro Social Un padre o madre está discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social Un amigo o miembro de la familia regularmente le da dinero a un niño/a para sus gastos Un niño/a recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, renta vitalicia o fideicomiso

Fuentes de ingresos para Adultos

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

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere la información sobre esta solicitud. 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 temporal o si enumera un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que la 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 pueden recibir ayuda de programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para las revisiones del programa 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 estudiante también se registra en un sistema informático estatal utilizado para recopilar los datos de los estudiantes a MDE según lo exige 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), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades pasadas en derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas que no son inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja de discriminación del programa, un demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja de discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del demandante con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe ser enviado al USDA por:

- correo:** Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400
Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
- fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- Correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.