

Querida madre, padre o tutor/a:

Nuestra escuela ofrece comidas saludables todos los días. El desayuno cuesta \$1.75; el almuerzo cuesta \$2.70 para estudiantes de primaria y \$2.85 para estudiantes de secundaria. Si los estudiantes eligen tomar leche solamente o leche extra se cobrará a \$.50 por caja.

Sus hijos/as pueden cumplir los requisitos para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Para solicitarlas, completen la Solicitud adjunta de Beneficios Educativos siguiendo las instrucciones o en línea a través de Skyward Family Access. Cada año se debe presentar una nueva solicitud. En las escuelas públicas, su solicitud también ayuda a la escuela parar recibir fondos de educación y descuentos.

Los fondos estatales ayudan a pagar las comidas escolares a precio reducido, por lo que todos los estudiantes que son aprobados para comidas escolares gratuitas o a precio reducido recibirán comidas escolares sin cargo alguno. Los fondos estatales también ayudan a pagar los desayunos para estudiantes de kindergarten, por lo que todos los estudiantes de kindergarten que participen reciben desayunos sin cargo alguno. Sólo se les cobrará si un estudiante elige comprar leche.

Devuelvan la solicitud de beneficios educativos a:  
Northfield Public Schools Child Nutrition Department 201  
Orchard Street South. Northfield, MN 55057

Por favor, permitan que pasen de 7 a 10 días para que revisemos las solicitudes de beneficios. La carta de que está aprobado o no se les enviará por correo electrónico una vez que haya sido procesada. La carta también estará disponible en Skyward Family Access en la sección de food service.

**¿Quién puede recibir los almuerzos gratis?** Estudiantes de hogares que participan en el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP, siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), y los niños adoptados, sin hogar, migrantes y fugitivos pueden recibir comidas escolares gratuitas sin compartir los ingresos del hogar. Además, los niños y niñas pueden recibir comidas escolares gratuitas si los ingresos de su hogar están dentro del ingreso máximo que se muestra en las instrucciones según el tamaño de su hogar.

#### **PREGUNTAS FRECUENTES:**

**Yo recibo WIC o Asistencia Médica ¿Pueden mis hijos recibir comidas escolares gratuitas?** Los niños en hogares que participan en WIC o Asistencia Médica no reciben almuerzos gratis de una forma automática. Pueden recibir almuerzos escolares gratuitos dependiendo de otra información financiera. Por favor rellenen una solicitud.

**¿A quién debo incluir como miembros de mi unidad familiar?** Inclúyase usted e incluya a todas las demás personas que vivan en su hogar, sean parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos).

**¿Puedo solicitar los almuerzos aunque un miembro de mi unidad familiar no sea ciudadano estadounidense?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para que sus hijos puedan recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

**¿Qué sucede si no siempre gano lo mismo en ingresos?** Indique la cantidad que recibe normalmente. Si trabaja tiempo extra regularmente o tiene trabajo temporal, también inclúyalo; pero no lo incluya si solamente lo hace ocasionalmente.

**¿Se verificará la información que yo comparto?** Quizás. También es posible que le pidamos que envíe un comprobante por escrito.

**¿Cómo se mantendrá y guardará la información?** La información que usted proporcione en el formulario, y la aprobación de su hijo/a para recibir beneficios de comidas escolares, se protegerán como datos privados. Para obtener más información, consulte la última página de la Solicitud de Beneficios Educativos.

**¿Si yo no lo puedo recibir ahora puedo solicitar después?** Sí. Por favor complete una solicitud en cualquier momento si bajan sus ingresos, el tamaño de su familia aumenta, o si comienza a recibir beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Por favor proporcione la información solicitada acerca de la identidad racial de los niños y el origen étnico, lo que ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Esta información no es necesaria para la aprobación de los beneficios de comidas escolares. Si tienen preguntas o necesitan ayuda llamen a Steph DeAdder at 507-663-0618.

Atentamente,

Stephany Stromme, Directora de Servicios de Nutrición Infantil

## Cómo completar la Solicitud para Beneficios Educativos

Complete la Solicitud de Beneficios Educativos para el año escolar 2022-23 si cualquiera de las siguientes condiciones es su caso:

- Cualquiera de los miembros de la unidad familiar participan en los programas Minnesota Family Investment Program (MFIP), Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o
- Uno o más de los niños de la unidad familiar son hijos de crianza/Foster (una agencia de beneficencia o un tribunal tienen responsabilidad legal por el niño/a), o
- El ingreso total de los miembros del hogar se encuentra dentro de las directrices que se muestran a continuación (**los ingresos brutos antes de las deducciones**, no lo que gana y se lleva a casa). No incluya como ingreso: pagos de cuidado temporal por cuidado de crianza/Foster care, beneficios federales de educación, pagos de MFIP, o el valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC, o FDPIR. Militar: No incluya el pago por combate como militar o asistencia de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar. Los requisitos de ingresos son efectivos a partir del 1° de julio de 2022 al 30 de junio de 2023.

### Máximo total de ingresos

Tamaño del hogar	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos por mes	\$ Cada dos semanas	\$ Por semana
1	25,142	2,096	1,048	967	484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Añada cada persona adicional	8,732	728	364	336	168

**Paso 1: Niños/as.** Indique todos los bebés y los niños en el hogar, su fecha de nacimiento y, en su caso, su grado y la escuela. Añada una hoja adicional si es necesario para incluir todos los niños. Rellene una casilla si un niño/a está bajo cuidado de crianza (una agencia de bienestar o un juzgado 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 para Adultos e Hijos / Últimos 4 Dígitos del Número de Seguro Social

- **Número de Seguro Social/Total de Miembros 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. Incluya el número total de miembros del hogar y asegúrese de que todos los miembros del hogar se enumeran individualmente en la solicitud en la sección de niños o adultos según corresponda.
- **Ingresos por hijos/as.** Si algún hijo/a en el hogar tiene ingresos regulares, como trabajos de SSI o a tiempo parcial, enumere la cantidad total de ingresos regulares recibidos por todos los hijos/as, y marque la casilla para la frecuencia: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual. No incluya ganancias ocasionales como niñera o cortar la hierba.
- **Ingresos para adultos.** Incluya los nombres de los miembros adultos del hogar y los ingresos obtenidos en esta sección.
  - Enumere todos los adultos que viven en el hogar que no figuran en el Paso 1, estén relacionados o no, como abuelos, parientes o amigos.
  - **Ganancias brutas del trabajo.** Este suele ser el dinero que se recibe de trabajar en trabajos donde se recibe un cheque de pago. Para cada ingreso, marque la casilla para mostrar la frecuencia con la que se reciben los ingresos: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensualmente.
  - Enumere los ingresos brutos antes de las deducciones, no el pago a domicilio. No incluya una tasa de salario por hora. Para adultos sin ingresos que reportar, ingrese un '0' o deje la sección en blanco. Para el trabajo de temporada o temporal, escriba el ingreso anual total.
  - **¿Es autónomo o granjero?** Incluya los ingresos netos por mes o año después de los gastos empresariales. No incluya los mismos ingresos dos veces en la solicitud. Una pérdida de la granja o el trabajo por cuenta propia debe figurar como ingresos 0 y no reduce otros ingresos.
  - **Cualquier otro ingreso bruto.** Incluya los ingresos brutos antes de las deducciones de todas las demás fuentes, tales como SSI, desempleo, manutención de niños, asistencia pública, seguridad social, ingresos de alquiler o anualidades.

**Paso 4: Firma e información de contacto.** Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario. Si no desea que su información se comparta con los Programas de Atención Médica de Minnesota, marque la casilla "No compartir" en el Paso 4.

**Opcional:** Proporcione la información sobre etnia y raza que se solicita en la segunda página del formulario. Esta información no es necesaria y no afecta la aprobación de los beneficios de comidas escolares. La información ayuda a garantizar que estamos cumpliendo con los requisitos de derechos civiles y sirviendo plenamente a nuestra comunidad.

## 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 FDIPIR? La asistencia médica **no** cuenta. **Si NO** > vaya al PASO 3.

**Si SÍ** >Escriba el número de caso SNAP, MFIP o FDIPIR (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: XXX-XX- o marque aquí si la persona adulta **no tiene SSN:**  **Nº total de todos los miembros del hogar**  (Niños/as más adultos/as)

**B. Ingresos por hijos/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, informen solo el ingreso bruto total. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0' o deje las secciones en blanco y así están certificando (prometiendo) 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)
Haga una lista de todas las personas del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluyéndose a usted) incluso si no reciben ingresos. Incluya a los niños y niñas que están temporalmente ausentes en la escuela o en la universidad.

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

¿Trabaja por cuenta propia o es agricultor?		
mensual	anual	Ingresos netos de la granja/rancho o trabajo por cuenta propia. No duplique en otro lugar.
<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	SSI, Desempleo, Asistencia Pública, Manutención de Menores, 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"/>	\$

**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.

<b>No rellene: Para uso de la oficina de la escuela</b> Conversiones para anualizar todos los ingresos:	X52	X26	X24	X12	X1	<input type="checkbox"/> <b>¿verificado?</b> <b>Adjuntar rastreador</b>	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"/>	
	Todos los ingresos totales (incluyen los ingresos de niños y adultos)	semanal	Quincena	2X Mes	mensual						Anualizar
\$	<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"/>	
<b>Determinación de la firma oficial:</b>							<b>fecha:</b>				
<b>Confirmación de la firma oficial:</b>							<b>fecha:</b>				

Nombre impreso de la persona que firma \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Dirección (si tienen) \_\_\_\_\_ nº 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"> <li>Ingresos del trabajo</li> <li>seguridad social                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pagos por discapacidad</li> <li>b. Beneficios para sobrevivientes</li> </ul> </li> <li>Ingresos de una persona fuera del hogar</li> <li>Ingresos procedentes de cualquier otra fuente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un salario o salarios</li> <li>Un niño o niña es ciego/a o discapacitado/a y recibe seguro social</li> <li>Un padre o madre está discapacitado/a, jubilado/a o fallecido/a, y su hija/o recibe beneficios del Seguro Social</li> <li>Un amigo o amiga o persona de la familia extendida regularmente le da dinero a un niño/a y lo gasta</li> <li>Un niño/a recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso</li> </ul>

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

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 Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](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](mailto:program.intake@usda.gov)