

**SOLICITUD PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS 2020-2021**

Envíe la forma completa a: **ISD #271, ESC, Food Services**

**NO DESEO SOLICITAR BENEFICIOS.** Marque esta casilla, anote a sus estudiantes y firme la solicitud.

**COMIDAS A PRECIO REDUCIDO O GRATUITO** Complete una solicitud por familia. Por favor utilice tinta (no lápiz).

1350 W. 106th St, Bloomington, MN 55431  
Si tiene preguntas, llame al 952-681-6570

**PASO 1:** Anote a **TODOS** los miembros de la familia que sean bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio, anexe una hoja adicional)

(Si alguno va a otro distrito, escuela charter o privada, entregue una solicitud por separado a esas escuelas. Niños en tutela legal temporal son elegibles para comidas gratuitas)

Primer Nombre Legal del niño desde recién nacido hasta el grado 12	2º Nombre	Apellido(s) Legal(es) del Niño	Fecha de Nac.	Escuela	Grado	Niño bajo su Tutela Legal Temporal
1.						<input type="checkbox"/>
2.						<input type="checkbox"/>
3.						<input type="checkbox"/>
4.						<input type="checkbox"/>
5.						<input type="checkbox"/>

**PASO 3:** Reporte el ingreso de **TODOS** los miembros de la familia (Omita este paso si contestó el PASO 2 y tiene un número de caso.)

**A. Se requieren los 4 últimos dígitos del Seguro Social de un adulto de la familia XXX-XX-XXXX.** Si no tiene SSN, marque esta casilla:  Núm. Total de Miembros de la Familia (Niños y Adultos) \_\_\_\_\_

**B. Ingreso total de todos los niños anotados en el Paso 1.**

Algunas veces los niños reciben ingresos por empleo, Seguro Social, etc. Por favor incluya el ingreso TOTAL de todos los niños del PASO 1. NO incluya aquí el ingreso de los adultos

Total de TODOS los niños	emanal	anual	veces al mes	Mensual
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. Todos los adultos en la familia (incluyéndose usted)** Anote al resto de los miembros de la familia que no se anotaron en el PASO 1 aunque no reciban ingresos (incluyendo estudiantes universitarios viviendo temporalmente fuera). Por cada miembro de la familia anotado, reporte el ingreso bruto total (antes de impuestos o deducciones). Si el adulto no recibe ningún ingreso, anote "0" o deje el espacio en blanco. Con esto usted está certificando (prometiendo) que no hay ingreso que reportar.

? No está seguro qué ingreso reportar aquí? Vaya al reverso de la página y revise "Fuentes de ingreso de los Niños", y "Fuentes de Ingreso de los Adultos." Por favor **NO** anote sueldos por hora, sino por periodo de pago.

1.	2.	3.	4.	Ingresos Brutos por Empleo				Empleado por su Cuenta (Ingreso neto o después de restarle los gastos del negocio)	Mensual	Anual	Otros Ingresos como SSI, Desempleo, Asistencia Pública, Y Otros mencionados en la 2ª página.	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mensual
				Total, antes de deducciones o impuestos. Números redondos (sin centavos)	Semanal	Quincenal	2 veces al mes								
				\$	<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 del adulto. "Yo certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han reportado todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona para recibir Fondos Federales, y que las autoridades de la Escuela podrían verificar (revisar) la información. Estoy consiente que, si he proporcionado a propósito información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables."  **Al marcar esta casilla estoy indicando que no quiero que mi información se comparta con los programas de Salud de Minnesota como lo permite la ley del estado.**

Si sus hijos fueron aprobados para los beneficios escolares de comida, usted puede autorizar que esta información sea compartida para la posible de reducción de otras cuotas escolares. Esta autorización es efectiva por un año.

Marque todas las opciones para las que usted autoriza que se comparta su información de beneficios: deportes  actividades  transporte  paseos  exámenes

Dirección: Calle y Número \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firme Aquí: Se requiere la firma del adulto \_\_\_\_\_ Nombre del adulto con letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

No escriba aquí. Solo para uso oficial Total Income	Weekly	Biweekly	2x month	Mthly	Annual	house size	Categ Elig	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"/>

Determining Official \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Fuentes de Ingreso de los Niños**

Fuentes de Ingreso de los Niños	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingresos por Empleo Seguro Social                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Pagos por Discapacidad</li> <li>Beneficios de Sobreviviente</li> </ul> </li> <li>Ingresos por personas fuera de la familia</li> <li>Ingresos de alguna otra fuente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El niño tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo, donde gana un salario o sueldo.</li> <li>El niño es ciego o con discapacidades y recibe Seguro Social</li> <li>Uno de los padres tiene alguna discapacidad, está jubilado o falleció, por lo que el niño recibe beneficios del Seguro Social.</li> <li>Un amigo o familiar proporciona regularmente al niño cierta cantidad de dinero para gastar.</li> <li>Un niño recibe ingreso regular por fondo de pensión privada, renta vitalicia o fideicomiso.</li> </ul>

**Fuentes de Ingreso de los Adultos**

Ingreso por Empleo	Asistencia Pública/Pensión Alimenticia /Manutención de los Hijos	Otros Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Salario y bonos en efectivo (antes de deducciones e Impuestos).</li> <li>Ingresos por trabajo por su cuenta (granja o negocio)</li> <li>Si está en el servicio Militar de U.S.A.:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, FSSA o subsidio privatizado de vivienda)</li> <li>Pensiones para vivienda fuera de la base, comida y ropa.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia en efectivo por parte del Estado o del Gobierno local.</li> <li>Ingreso por Seguro Suplementario</li> <li>Beneficios de Desempleo</li> <li>Compensación de Trabajadores</li> <li>Pago de Pensión</li> <li>Pagos por manutención de los hijos</li> <li>Beneficios de Veteranos</li> <li>Pensiones para vivienda fuera de la base, comida y ropa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguridad Social</li> <li>Beneficios por discapacidad</li> <li>Ingreso regular por fideicomiso o inmuebles</li> <li>Rentas Vitalicias</li> <li>Ingreso por Inversión</li> <li>Ingreso por Renta</li> <li>Pagos Regulares en efectivo provenientes de fuera de la casa.</li> </ul>

La información de esta solicitud es requerida por **La Ley Nacional de Almorzo 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 bajo tutela 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 (FDPIR) 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 PODRIAMOS 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 comités 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.

**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 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 formal por discriminación, tiene 2 opciones: 1. Complete la Forma USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) que se encuentra en línea en Filing a Program Discrimination Complaint as a USDA Customer, o en cualquiera de las oficinas de la USDA, o 2. Mande una carta dirigida a la USDA y pruebe 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 alguno de los siguientes métodos:

- (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: 202-690-7442; 0
- (3) Correo Electrónico: [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de oportunidades igualitarias.

<p><b>No escriba aquí: Solo para usa oficial de la escuela</b></p> <p>Conversions to Annualize All Income:</p>	<input type="checkbox"/> Verified? Attach Tracker	<input type="checkbox"/> No change	<input type="checkbox"/> Free After Verified	<input type="checkbox"/> Reduced After Verified	<input type="checkbox"/> Denied After Verified
	<p>Conversions to Annualize All Income:</p>				

No escriba aquí: Solo 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"/>