DEPARTMENT OF EDUCATION

2023-24 Solicitud de Beneficios Educativos

Complete una solicitud por hogar para todos los niños. Utilice bolígrafo (no lápiz). **Envíe por correo o devuelva el formulario completado a: (Información Escuela/Distrito)** _____

Paso 1: **Indique Todos los integrantes del hogar que sean bebés, niños y estudiantes** hasta el grado 12 inclusive (si se necesitan más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Definición: Un Integrante del Hogar es "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sea pariente." Para más información, lea *Cómo completar la solicitud de Beneficios Educativos*. Los adultos mayores de 12 años que vivan en el mismo hogar deben indicarse en el paso 3. Si sus niños asisten a diferentes distritos o colegios chárter/no públicos, devuelva una solicitud para cada uno de ellos.

Nombre del niño (indique todos los niños del hogar)	IM	Apellidos del niño	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Hijo adoptivo (√)
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐

Paso 2: ¿Alguno de los integrantes del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDPIR? La asistencia médica **no cumple** los requisitos. **Si es NO** > Vaya al Paso 3.
Si es SÍ > Introduzca el número de caso de SNAP, MFIP o FDPIR (entre 4 y 9 dígitos, no indique el número de la tarjeta EBT) ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ y luego vaya al Paso 4 (No complete el Paso 3)

Paso 3: Reporte los ingresos de **todos** los integrantes del hogar (Omita este paso si contestó "Sí" al Paso 2)

A. **Cuatro últimos dígitos del número de seguro social (SSN)** del integrante adulto del hogar: **XXX-XX-** ☐ ☐ ☐ ☐ O marque si el adulto **No tiene SSN:** ☐ **Total de todos los integrantes del hogar** (niños + adultos) ☐

B. **Ingresos de los niños.**
A veces los niños del hogar ganan o reciben ingresos, tales como de un trabajo de medio tiempo o SSI. Por favor, incluya el **total** de los ingresos recibidos por todos los niños indicados en el Paso 1. No incluya los ingresos recibidos por los adultos en la casilla a la derecha.

Total de ingresos recibidos por todos los niños	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual
$	☐	☐	☐	☐

C. **Todos los integrantes adultos del hogar (incluido usted).** Por cada integrante del hogar indicado, si reciben ingresos, indique únicamente los ingresos brutos totales. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0" o deje algún campo en blanco. Está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. ¿No está seguro de qué ingresos debe incluir aquí? Dé la vuelta a la página y consulte la sección "Fuentes de ingresos" para obtener más información. La sección "Fuentes de ingresos" le ayudará a rellenar los apartados "Ingresos de los niños" y "Todos los integrantes adultos de la unidad familiar".

Nombres de todos los adultos del hogar (nombre y apellidos)	Ingresos brutos del trabajo					¿Es usted trabajador independiente o agricultor?			Otros ingresos brutos				
List all Household members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. Include children who are temporarily away at school or in college.	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	Report income **before deductions or taxes** in whole dollars (no cents).	Mensual	Anual	**Ingresos netos** de la agricultura o del trabajo por cuenta propia. No duplicar en ningún otro sitio.	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	SSI, desempleo, asistencia pública, manutención de niños y otros en la página 2
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$

Paso 4: Información de contacto y firma de un adulto. "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que esta información se da en relación con la obtención 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 niños pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables."
☐ He marcado esta casilla si no deseo que mi información se comparta con el programa de asistencia médica de Minnesota según lo permite la ley estatal.

Nombre impreso del adulto que firma la solicitud Teléfono de día

Dirección (si está disponible) Apto# Ciudad CP

FIRME AQUÍ: Firma del adulto del hogar Fecha

Do Not Fill Out: For School Office Use Conversions to Annualize All Income:	X52	X26	X24	X12	X1	☐ **Verified? Attach Tracker**	No change ☐	Free After Verified ☐	Reduced After Verified ☐	Denied After Verified ☐
All Total Income (Include child and adult income)	Weekly	Bi-weekly	2X Month	Monthly	Annualize	**Household Size:**	Categorical Eligibility	Free	Reduced	Denied
$	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
Determining Official Signature:								**Date:**		
Confirming Official Signature:								**Date:**		

Consulte la página 2 para obtener información adicional. Devuelva la solicitud completada a la escuela a la dirección indicada en la parte superior del formulario. No lo envíe al Departamento de Educación de Minnesota ni al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

OPCIONAL: Identidad racial y origen étnico de los niños

Tenemos la obligación de pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos. Responda al paso uno, *Origen étnico* y al paso dos, *Raza*.

Paso uno: Origen étnico (marque una): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Paso dos: Raza (marque una o más): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco

INSTRUCCIONES: Fuentes de ingresos

Fuentes de ingresos de los niños

Fuentes de ingresos de niños	Ejemplos
• Ingresos del trabajo • Seguro social a. Pagos por discapacidad b. Beneficios de sobreviviente • Ingresos procedentes de una persona fuera del hogar • Ingresos procedentes de cualquier otra fuente	• Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial en el que recibe un sueldo o salario • Un niño es ciego o tiene una discapacidad y recibe el seguro social • Un padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado o ha fallecido y su hijo recibe Beneficios de la Seguridad Social • Un amigo o un miembro de la familia le da regularmente dinero para gastos al niño. • Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingresos de los adultos

Ingresos del trabajo	Asistencia pública / Pensión alimenticia	Otros ingresos
• Sueldo, salario, bonificaciones en efectivo (antes de deducciones o impuestos) • Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agricultura o negocio) • Si pertenece a las Fuerzas Armadas de EE.UU: a. Sueldo base y bonificaciones en efectivo (NO incluya la paga de combate, la FSSA ni los subsidios de vivienda privatizados) b. Subsidios para vivienda, comida y ropa fuera de la base	• Ayudas en efectivo del gobierno estatal o local • Ingreso Suplementario del Seguro • Beneficios por desempleo • Indemnización laboral • Pensiones alimenticias • Pagos de manutención de niños • Beneficios para veteranos • Beneficios de huelga	• Seguro social • Beneficios por incapacidad • Ingresos regulares procedentes de fideicomisos o herencias • Anualidades • Ingresos por inversiones • Ingresos por alquiler • Pagos regulares en efectivo procedentes de fuera del hogar

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere la información de esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de la seguridad social no son necesarios si presenta la solicitud en nombre de un niño en un hogar sustituto o si indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su niño, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de la seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su niño reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

En los distritos escolares públicos, la declaración de comidas escolares de cada estudiante también se registra en un sistema informático estatal que se utiliza para informar de los datos de los estudiantes al MDE, tal y como exige la ley estatal. El MDE utiliza esta información para: (1) Administrar programas estatales y federales, (2) Calcular los ingresos de compensación 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 normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, USDA Programa de Formulario de Denuncia de Discriminación que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la causa y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por:

(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; or
(2) **fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
(3) **correo electrónico:** program.intake@usda.gov
(4) Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.