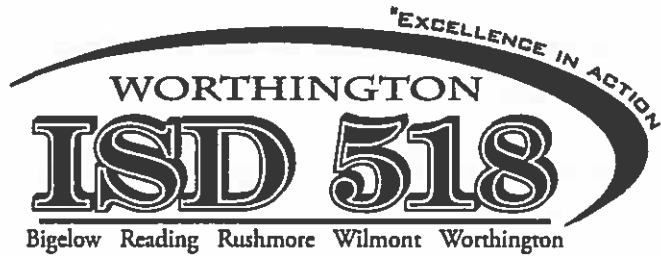


John Landgaard
Superintendent

David Skog
Director of Management Services



1117 Marine Avenue
Worthington, MN 56187

Phone 507-372-2172
Fax 507-372-2174

Estimado padre, madre o tutor,

Todos los días nuestras escuelas proporcionan alimentos saludables, el desayuno es gratuito para todos los niños del Kindergarten, el desayuno cuesta 1 dólar para los niños del 1º al 4º grado y 1.25 para los niños del 5º al 12º grado. El almuerzo cuesta 2.10 para estudiantes del Kindergarten al 4º grado y 2.25 para los niños del 5º al 12º grado.

Hay la posibilidad que su niño cumpla con los requisitos para recibir alimentos escolares gratis o a precio reducido y para recibir estos beneficios educacionales siga las instrucciones al llenar el formulario que se adjunta. Todos los años usted tiene que llenar esta solicitud; para las escuelas públicas, su solicitud también ayuda a que la escuela cumpla con los requisitos para recibir descuentos y fondos para la educación.

Los fondos estatales ayudan a pagar los alimentos escolares a precios reducidos, para que todos los estudiantes que cumplan con los requisitos para recibir cualquiera de éstos dos beneficios de alimentación escolar, los reciba sin costo alguno y los fondos estatales también ayudan a pagar los desayunos escolares para los niños del Kindergarten, para que todos éstos estudiantes reciban el beneficio gratis.

Para recibir los beneficios de alimentación escolar, devuelva el formulario debidamente completo a:

Worthington ISD518 Attn: Tracy 1117 Marine Ave Worthington MN 56187

¿Quién puede recibir alimentos escolares gratis? los niños de las familias que participan en el programa suplementario para la asistencia nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés), programa de inversión en la familia de Minnesota (MFIP, por sus siglas en inglés) o programa de distribución de alimento en reservaciones indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés). Los niños en hogares sustitutos, indigentes, migrantes o fugitivos pueden recibir alimentos escolares sin reportar el ingreso familiar; o los niños pueden recibir alimentos escolares gratis si el ingreso familiar está dentro del ingreso máximo que se muestra en las instrucciones para el tamaño de las familias.

Para solicitar el beneficio de alimentación completo, llene la solicitud para los beneficios de alimentación educacional.

Yo recibo WIC o asistencia médica, ¿pueden mis hijos recibir el beneficio de alimentos escolares gratis? Los niños de las familias que participan en WIC o asistencia médica quizás cumpla con los requisitos de elegibilidad para la alimentación escolar gratis, le pedimos que llene una solicitud.

¿A quién debería incluir como miembros de la familia? Inclúyase usted mismo y a las otras personas de la familia, ya sean parientes o no, tales como abuelos y otros parientes o amistades.

¿Puedo solicitar este beneficio si alguien en mi familia no es ciudadano estadounidense? Sí, usted o sus niños no tienen que ser ciudadano estadounidense para cumplir con los requisitos para recibir este beneficio.

¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre el mismo? Apunte la cantidad que normalmente gana, si por lo general trabaja sobretiempo, inclúyalo, pero no lo incluya si usted trabaja sobretiempo solo de vez en cuando, y en el caso del trabajo temporal apunte el ingreso anual total.

¿Se verificará la información que doy? Sí, y también podemos pedir que usted envíe comprobante.

¿Cómo se guardará esta información? La información que usted proporciona en el formulario y el visto bueno para que sus niños reciban los beneficios de alimentación, serán protegidos como datos privados. Para obtener más información refiérase al dorso de la solicitud de los beneficios educativos.

Si ahora no cumpla con los requisitos, ¿puedo hacer la solicitud después? Sí, usted puede llenar una solicitud en cualquier momento, si dan las siguientes condiciones: su ingreso baja, aumenta el tamaño de la familia, o usted comienza a obtener los beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Se pide que proporcione la información solicitada sobre la identidad racial o étnica de sus niños, el cual nos ayuda a garantizar que estamos atendiendo completamente a nuestra comunidad. Esta información no es necesaria para la aprobación de los beneficios de alimentos escolares y si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame a Tracy al 507 372 2172 o comuníquese por correo electrónico tracy.kunkel@isd518.net.

Atentamente,
David Skog, Director de Servicios de Administración del Distrito Escolar 518

"YOUR PUBLIC SCHOOLS...THERE'S NO BETTER PLACE TO LEARN"
A K-12 NORTH CENTRAL ACCREDITED SCHOOL DISTRICT

AN EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER

Como llenar la solicitud para recibir los beneficios educativos

Si su familia reúne las siguientes condiciones, llene la solicitud para los beneficios educativos para el año escolar 2019-2020:

- algún miembro de la familia actualmente participa en los programas Minnesota Family Investment Program (MFIP), Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) o,
- en la familia hay uno o más niños en adopción temporal, (la agencia de bienestar social o el tribunal tiene la responsabilidad legal del niño o niños) o
- el ingreso de los miembros de la familia está dentro de las pautas que se indican abajo (ingreso bruto antes de las deducciones, no la paga neta). No incluya como ingreso: pagos por cuidado de niños en adopción temporal, beneficios educativos federal, pagos MFIP, o cantidad recibida de los programas SNAP, WIC, o FDPIR. Ejército: No incluya el pago por combate o ayuda de la vivienda privada del ejército; la siguiente guía de ingreso entra en vigencia del 1 de julio del año 2019 hasta el 30 de junio del año 2020.

Ingreso Total Máximo

Tamaño de la familia	Ingreso anual	Ingreso Mensual	Ingreso quincenal	Ingreso cada 2 semanas	Ingreso semanal
1	23,107	1,926	963	889	445
2	31,284	2,607	1,304	1,204	602
3	39,461	3,289	1,645	1,518	759
4	47,638	3,970	1,985	1,833	917
5	55,815	4,652	2,326	2,147	1,074
6	63,992	5,333	2,667	2,462	1,231
7	72,169	6,015	3,008	2,776	1,388
8	80,346	6,696	3,348	3,091	1,546
Agregue por cada personal adicional	8,177	682	341	315	158

Paso 1: niños Apunte todos los infantes y niños en la familia, sus fechas de nacimiento y si procede, el grado y escuela; si necesita apuntar más niños hágalo en una hoja de papel adicional y adjúntela a la solicitud y encierre con un círculo si el niño es un niño que está bajo los cuidados de una familia temporal o si (la agencia de bienestar social o el tribunal tiene la responsabilidad legal del menor).

Paso 2: Número de caso Si en la actualidad alguien de la familia participa en unos de los siguientes programas: Special Nutrition Assistance Program (SNAP), Minnesota Family Investment Program (MFIP), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), escriba el número de caso, verifique en cual programa participa, y entonces pase al paso 4. Si no participa en ninguno de estos programas, deje el paso 2 en blanco y continúe al paso 3. Para éstos propósitos, los programas WIC y Medical Assistance (M.A.) no satisfacen las condiciones.

Paso 3: personas adultas, ingreso y los últimos 4 números de su seguro social

- Apunte todas las personas adultas que viven en el hogar (todos los que no fueron apuntados en el paso 1) ya sea familiar o no, tal como abuelos, otros familiares o amigos. También apunte a cualquiera persona adulta que está lejos temporalmente del hogar, como cualquier estudiante que está en la universidad y si es necesario adjunte otra página.
- Apunte todos los ingresos brutos antes de las deducciones, no apunte el ingreso neto. No apunte la tasa salarial por hora, para las personas adultas que no tienen un ingreso que reportar, ponga un "0" o deje esa parte en blanco. Ésta es su certificación(promesa) que éstas personas no tienen ingreso que reportar y en el caso de los trabajadores temporales, apunte el ingreso anual total.
- Por cada ingreso, rellene el círculo mostrando cuantas veces se recibe el ingreso: cada semana, semana por medio, dos veces por mes o mensualmente.
- Sólo para el agricultor o trabajador independiente: apunte el ingreso neto anual o mensual después de los gastos de empresa. La pérdida en la finca o empleo independiente se debe apuntar como ingreso de 0 y esto no reduce los otros ingresos.
- Los últimos cuatro números del Seguro Social: una persona adulta miembro de la familia debe proporcionar los últimos cuatro números del seguro social o marque la casilla si la persona no tiene seguro social.
- Ingreso regular de los niños: si algún niño en la familia recibe un ingreso regular, como SSI o trabajo a medio tiempo, apunte la cantidad total de los ingresos regular recibidos por todos los niños; no incluya los ingresos ocasionales como el cuidado de niños o corte de césped.

Paso 4: firma e información de contacto: una persona adulta miembro de la familia debe firmar el formulario, si usted no quiere que su información se comparta con los programas del cuidado de salud del estado de Minnesota, marque la casilla "no comparta" en éste paso.

Opcional: Se pide que proporcione la información en cuanto origen étnico y raza que se solicita en la segunda página de este formulario. Esta información no es necesaria y no afecta la aprobación de los beneficios de alimentación escolar; la información ayuda a garantizar que estamos reuniendo los requisitos de los derechos civiles y totalmente atendiendo a nuestra comunidad



Solicitud de Beneficios Educativos - Año escolar 2019-20

Comidas escolares • Programas con financiamiento estatal y federal

Paso 1 Indique todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 en el hogar, incluso si no son familiares. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Primer nombre del niño	SN	Apellido del niño	Fecha de nacimiento	Grado	¿Hijo de crianza? (Una agencia o tribunal que tiene la responsabilidad legal del niño.) En caso afirmativo, rellene el círculo.	Opcional - Identidad racial *				
						Indio nativo americano	Asiático	Afro-americano	Isleño del Pacífico	

* Los nombres completos de las categorías raciales son: o Nativo de Alaska, Asiático, Negro o afroamericano, americano nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico, y blanco.

Paso 2 ¿Alguno de los miembros del hogar, incluido usted mismo, participan actualmente en cualquiera de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDPIR? Circule uno: Si No

Respondió No > Vaya al PASO 3. Respondió Si > Escriba aquí en NÚMERO DE CASO:

Paso 3 A. Incluya TODOS los Adultos Miembros del Hogar incluyéndose a usted mismo y reporte todos los ingresos. (Salte el PASO 3 si usted respondió "sí" al PASO 2 o si todos los participantes son hijos de crianza.)

Adultos - Nombre completo Para fines de los beneficios de comidas escolares, los miembros de su familia son "Cualquier persona que vive con usted y comparte los ingresos y gastos, incluso si no son familiares." Indique el nombre completo de cada miembro de la familia que no figura en el Paso 1 y su ingreso (\$) en dólares enteros. Si la persona no tiene ingresos, escriba en 0 o deje la sección en blanco. Esta es su certificación (promesa) que no hay ingresos que reportar. Incluya todos los estudiantes universitarios temporalmente fuera de casa.	Pago Bruto de Trabajo No escriba un salario por hora.				Granja o trabajo por cuenta propia Ingresos netos después de los gastos del negocio. Mencione si es anual o mensual.	Asistencia pública, Manutención de menores, Pensión de Divorcio Pagos recibidos.	Cualquier otro ingreso												
	Salario bruto antes de las deducciones (No lo que lleva a casa).	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual			Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc.								
	\$					\$													
	\$					\$													
	\$					\$													
	\$					\$													

B. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del firmante o no SSN (requerido): - - - o No tengo número de seguro social.

C. ¿Alguno de los niños mencionados en el Paso 1 reciben ingresos regulares, tales como SSI o salarios?
TOTAL de ingresos regulares de los niños, en su caso:

\$	
Semanal	○
Cada dos semanas	○
2 veces al mes	○
Mensual	○

Paso 4 Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que se reportan todos los ingresos de los miembros del hogar. Entiendo que esta información se provee en conexión con la recepción de fondos federales y estatales y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios y puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales aplicables. La información que proporcione puede ser compartida con los Programas de Atención de Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Programs) según lo permitido por la ley estatal, a menos que yo haya marcado esta casilla: No comparta mi información con los Programas de Atención de Salud de Minnesota.

Firma del miembro adulto del hogar (requerida) _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Office Use Only Total Household Size: _____ Total Income: \$ _____ per _____ Approved: Case Number - Free Foster - Free Income - Free
 Income - Reduced-Price Incomplete Income Too High _____ Signature of Determining Official: _____ Date: _____

¿Es necesaria este formulario?

Este formulario debe ser completado para solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido, a menos que:

- (1) Su escuela ofrezca comidas gratis a todos los estudiantes de la escuela sin solicitudes de los hogares (Elegibilidad de Prestaciones para Comunidad, Provisión 2 o Provisión 3).
- (2) Se le haya notificado que sus hijos han sido directamente certificados para recibir beneficios de comidas escolares basadas en el estatus de cuidado de crianza o la participación en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias (FDPIR).

Acta de Privacidad / Cómo se utiliza la información

La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell, exige la información requerida en esta solicitud. Usted no tiene proporcionar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su niño para las comidas escolares 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. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social cuando solicita en nombre de un hijo de crianza o cuando proporcionan un número de asistencia MFIP, SNAP o FDPIR, o indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social.

Sólo los funcionarios autorizados tendrán acceso a la información que se proporciona en este formulario. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo califica para comidas gratuitas en las escuelas, y para la administración y ejecución de los programas de comidas escolares. Puede que compartamos su información con otros programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisar programas, y con personal autoridades correspondientes para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa. Requerimos autorización por escrito por parte suya antes de compartir información con otros fines.

En los distritos escolares públicos, el estatus de la comida escolar de cada estudiante se registra en un sistema informático utilizado en todo el estado para informar los datos del estudiante al Departamento de Educación de Minnesota (MDE) como lo requiere la ley estatal. El MDE utiliza esta información para: (1) Administrar los programas estatales y federales, (2) Calcular los ingresos compensatorios para las escuelas públicas, y (3) evaluar la calidad del programa educativo del estado.

La información proporcionada en este formulario puede ser compartida con los Programas de Atención de Salud de Minnesota, a menos que la persona que completa este formulario haya marcado la casilla en el paso 4 para no compartir la información para ese propósito.

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza por cualquier actividad de derechos civiles en el pasado en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Las personas con discapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el **USDA Program Discrimination Complaint Form** (Formulario de Queja de discriminación del Programa de USDA) (AD-3027) que se encuentra en línea en:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe el formulario completado o la carta al USDA a: (1) Por 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 (2) por fax al (202) 690-7442; o (3) por correo electrónico a program_intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Office Use Only: Verification

Date Verification Sent: _____ Response Due: _____ 2nd Notice: _____

Result: No Change Free to Reduced-Price Free to Paid Reduced-Price to Free Reduced-Price to Paid

Reason for Change: Income Case number not verified Foster not verified Refused Cooperation Other: _____

Signature of Confirming Official: _____ Date: _____ Signature of Verifying Official: _____ Date: _____