

John Landgaard
Superintendent

David Skog
Director of Management Services



1117 Marine Avenue
Worthington, MN 56187

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

Estimado(a) padre, madre o tutor,

Todos los días nuestras escuelas proporcionan alimentos saludables, el Departamento de Agricultura de Estados Unidos está permitiendo que las escuelas proporcionen comidas **para el año escolar 2021-2022** por medio de la estipulación del Programa Nacional de Alimentos Escolares que se llama opción nutricional de verano (SSO, por sus siglas en inglés). Se ha emitido una medida de excepción para poder respaldar el acceso a comidas nutritivas mientras se reduce al mínimo el posible contacto con la COVID-19. Nuestras escuelas han optado por usar esta excepción y operar el programa SSO que nos permite proporcionar **comidas gratuitas a todos los estudiantes** y no se necesita hacer una solicitud para poder recibir este beneficio.

Sin embargo, pueda que su niño califique para recibir beneficios adicionales tales como, la reducción de cuotas o transferencia electrónica de fondos por pandemia(P-EBT), el cual es un beneficio de emergencia temporal federal para la alimentación, que se carga en tarjetas electrónicas para que las familias compren comida y en el caso de las escuelas públicas, su solicitud también ayuda a la escuela a calificar para descuentos y fondos educativos.

Para solicitar este beneficio, llene la solicitud que se adjunta a esta carta y devuélvala a: **ISD518 Attn: Tracy 1117 Marine Ave Worthington MN 56187**

¿Quién debe llenar esta solicitud? Niños de familias participantes en los siguientes programas: asistencia nutricional suplementaria (SNAP), inversión en la familia de Minnesota (MFIP), distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR) y los niños que estén bajo custodia, indigentes, migrantes o sean fugitivos, reúnen los requisitos sin tener que reportar el ingreso familiar. Por otro lado, los niños califican si el ingreso de la familia recae dentro del ingreso máximo para el tamaño de la familia que se muestra en las instrucciones.

PREGUNTAS FRECUENTES:

Si yo recibo WIC o asistencia médica, ¿Califican mis niños para este beneficio? Las familias participantes en WIC o asistencia médica no califican automáticamente, pueda que los niños sean elegibles dependiendo de la información financiera de la familia, ¡llene una solicitud!

¿A quién debo incluir como miembros de la familia? Inclúyase usted mismo(a) y todas las otras personas que viven en la casa, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amistades).

¿Puedo hacer la solicitud si alguien en la familia no es ciudadano estadounidense? Sí, usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para llenar esta solicitud.

¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre el mismo? Apunta la cantidad que recibe normalmente, si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si algunas veces recibe horas extras. Para el trabajo por temporada, apunte la cantidad total del ingreso anual.

¿Verificarán la información del ingreso o número de caso que yo doy? Es posible, también podríamos pedir que usted envíe constancia escrita.

¿Cómo se guardará la información? La información que usted proporciona en el formulario y el visto bueno para su niño, serán protegidos como información privada. Para más información refiérase al dorso de la página de la solicitud de los beneficios educacionales.

Si no califico ahora, ¿Puedo hacer la solicitud después? Sí, llene una solicitud en cualquier momento que baje el ingreso, cuando aumente el tamaño de la familia o cuando empiece a recibir los beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Sírvase a proporcionar la información solicitada sobre la identidad étnica y racial de los niños, esto nos ayudará a garantizar que estamos atendiendo nuestra comunidad a cabalidad y esta información no es necesaria para aprobar su solicitud.

Si tiene alguna otra pregunta o si necesita ayuda, llame a Tracy Kunkel al teléfono (507) 372 -1106.

Atentamente,

David Skog, Gerente de Servicios Administrativos

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

AN EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER

Cómo completar la Solicitud para Beneficios Educativos

Complete la *Solicitud de Beneficios Educativos* para el año escolar 2021-22 si le aplica cualquiera de las siguientes condiciones le aplica:

- Cualquiera de los miembros de la unidad familiar participan actualmente 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 (una agencia de beneficencia o un tribunal tienen responsabilidad legal por el niño), 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 se lleva a casa). No incluya como ingreso: pagos de cuidado temporal, 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 o asistencia de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar. Los requisitos de ingresos son efectivos a partir del 1º de julio de 2021 al 30 de junio de 2022.

Ingreso total máximo

Tamaño de la unidad familiar	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos veces al mes	\$ Cada 2 semanas	\$ Por semana
1	23,828	1,986	993	917	459
2	32,227	2,686	1,343	1,240	620
3	40,626	3,386	1,693	1,563	782
4	49,025	4,086	2,043	1,886	943
5	57,424	4,786	2,393	2,209	1,105
6	65,823	5,486	2,743	2,532	1,266
7	74,222	6,186	3,093	2,855	1,428
8	82,621	6,886	3,443	3,178	1,589
Agregar por cada persona adicional	8,399	700	350	324	162

Paso 1 Niños

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 el círculo si un niño está bajo cuidado de crianza (una agencia de bienestar o un juzgado tiene la responsabilidad legal del niño). Por favor proporcione la información solicitada acerca de la etnia y la raza de cada niño. Esta información no es necesaria y no afecta la aprobación para los beneficios de comidas escolares. La información ayuda para asegurarnos de que estamos cumpliendo con los requisitos de derechos civiles y a servir plenamente a nuestra comunidad.

Paso 2 Número de caso

Circule Sí o No para saber si cualquier miembro del hogar participa actualmente en alguno de los tres programas de intervención que se indican en el paso 2. Si la respuesta es Sí, escriba el número de caso y vaya al paso 4 (omitir el paso 3). Si su respuesta es No, continúe con el Paso 3. WIC y Asistencia Médica (M. A.) no califican para este fin.

Pas 3 Adultos / Ingresos / Últimos 4 dígitos del número Seguro Social

- Indique todos los adultos que viven en el hogar (todos los que no están listados en el paso 1) ya sean parientes o no, como los abuelos, otros familiares o amigos. Incluya cualquier adulto que se encuentra temporalmente fuera de casa, por ejemplo un estudiante en la universidad. Añada otra página si es necesario.
- Indique los ingresos brutos antes de las deducciones, no el pago que lleva a su casa. **No incluya una tasa de salario por hora.** Para los adultos que no tienen ingresos que reportar, escriba un '0' o deje la sección en blanco. Esta es su certificación (promesa) que no hay ingresos que reportar para estos adultos.
- Para cada ingreso, rellene un círculo para saber con qué frecuencia se recibe el ingreso: cada semana, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para el ingreso agrícola o por cuenta propia solamente, indique los ingresos netos por año o mes después de los gastos del negocio. Una pérdida de la granja o trabajo por cuenta propia debe figurar como 0 ingresos y este no reduce otros ingresos.
- Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social - El miembro adulto del hogar que firma la solicitud debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla si no tienen un número de Seguro Social.
- Ingresos regulares de los niños - Si algún niño en el hogar tienen ingresos regulares, tales como SSI o trabajos a tiempo parcial, anote la cantidad total de los ingresos ordinarios recibidos por todos los niños. No incluya los ingresos ocasionales como cuidado de niños o cortar el césped.

Paso 4 Firma e información de contacto

Un adulto debe firmar la solicitud. Si no desea que su información sea compartida con Los Programas de Atención de Salud de Minnesota, marque la casilla "No compartir" en el paso 4.

Solicitud de Beneficios Educativos - Año escolar 2021-22

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	Escuela	Grado	¿Hijo de crianza? (Una agencia o tribunal que tiene la responsabilidad legal del niño.) En caso afirmativo, rellene el círculo.	Opcional - Es el niño Hispano/Latino? En caso afirmativo, rellene el círculo.	Opcional - Identidad racial * Rellene uno o más círculos por cada niño.				
								Indio nativo americano	Asiático	Afro-americano	Isleño del Pacífico	Blanco
						○	○	○	○	○	○	
						○	○	○	○	○	○	
						○	○	○	○	○	○	
						○	○	○	○	○	○	
						○	○	○	○	○	○	

* 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 FDIPIR?

Circule uno: **Sí** **No**

Asistencia Médica y WIC no califican.

Respondió No > Vaya al PASO 3.

Respondió Sí > Escriba aquí en **NÚMERO DE CASO**:

☐ SNAP ☐ MFIP ☐ FDIPIR luego vaya al PASO 4.

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 (s) 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 en 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 Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc.								
	Salario bruto antes de las deducciones (No lo que lleva a casa).	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes			Mensual	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual				
	\$	○	○	○	○	\$	○	○	○	○	\$	○	○	○	○
	\$	○	○	○	○	\$	○	○	○	○	\$	○	○	○	○
	\$	○	○	○	○	\$	○	○	○	○	\$	○	○	○	○
	\$	○	○	○	○	\$	○	○	○	○	\$	○	○	○	○

B. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del firmante o no SSN

(requerido):

XX-XX-XX-XX

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 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 Denied: ☐ 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 requieran 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: _____