John Landgaard Superintendent

David Skog Director of Management Services



1117 Marine Avenue Worthington, MN 56187

Phone Fax

507-372-2172

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 <u>transferencia electrónica de fondos</u> <u>por pandemia(P-EBT)</u>, 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? Si, 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 envie 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? Si, 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 proporciona 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

## 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 inoresos 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.

	ingres	o totai maximo
or	\$ Por	\$ Dos vece

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 be	bés, ni	iños y estudiantes hasta	el grado 12 en	el h	ogar,	inclu	150 5	i no so	on fai	miliares.	Si necesita n	nás e	spac	io, a	djun	te otra		ciona	al - Ident	idad	racial *	10 <del>2</del> -7
1.											lijo de crianza? a agencia o		Opcional -			Rellene uno o más círculos por cada niño.						
Primer nombre del niño SN		Apellido del niño	Fecha de nacimiento	Escuela					tribuna respon legal of En cas		al que tiene la insabilidad del niño.) iso afirmativo, e el circulo.		Es el pano	niño /Lati caso o, rel	o no? Ilene	Indio nativo	Indio nativo americano		Afro-		Islefio del Pacífico	Blanco
				77.00.0	700						0	341	- (	)		(	)	0	0	T	0	0
											0		(	)			)	0	0	201k	0	0
					200						0		(	)				0	0	- 1	0	0
								с .			0	RM		)	HE			0	0		0	0
											0		C	)	为力	(	)	0	0		0	0
Paso 3 A. Incluya TODOS lo participantes son hijos de crian	za.)		incluyéndose	a us	sted n	nismo	y r	eporte	todo	s los ing	1						ondió	"si" a	al PASC	) 2 o	si todo	s los
Adultos – No Para fines de los beneficios de o	ombre comidas	escolares, los miembros de	Pago Bru							trabajo	Asistencia de mer							Cual	quier o	tro i	naresa	) i
su familia son "Cualquier person los ingresos y gastos, incluso si			140 escriba eri	Unis	arano	por m	uia.	por c	uenia	a propia		Dive	rcio	·								
Indique el nombre completo de o figura en el Paso 1 y su ingreso persona no tiene ingresos, escri Esta es su certificación (promes- reportar. Incluya todos los estud fuera de casa.	deducciones	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al	Mensual	des gasto Mencio	resos netos pués de los s del negocio.  pues i es anual mensual.			Cada dos	semanas	2 veces al mes	Mensual	Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc.		ón, dad, leo, s de	Semanal	Cada dos semanas	mes Mensual			
		- W	\$	0	0	0	0	\$			\$	(	) (	Э	0	0	\$	(407)		0	0	0 0
		30	\$	0	0	0	0	\$			\$		) (	C	0	0	\$			0	1000	0 0
			\$	0	O	0	0	\$			\$		) (	C	0	0	\$			0	0	0 0
BIT 1 1100		14.4.020	\$	0	7129077	0	0	\$			\$		) (		0	0	\$		200725	0		0 0
B. Los últimos cuatro dígito (requerido):	s del n	úmero de seguro social	del firmante o	no S	SN			C.			os niños me		nado	s er	n el l	Paso	1 recil	ben i	ngreso	s re	gulare	3,
$\underline{X}\underline{X}\underline{X} - \underline{X}\underline{X} -$		o □ No ten	go número de s	egur	o soci	al.			TOTA		i <b>SI o salarios</b> resos regular aso:		los	\$			Sema	inai	Cada do semana		al mes	Mens
Paso 4 Certifico (prometo) que conexión con la recepción de fon pueden perder los beneficios y promises de la Minnesota Health Care Program Firma del miembro adulto del h	dos fed uedo se s) segú	erales y estatales y que las r procesado bajo las leyes f n lo permitido por la ley esta	autoridades esco ederales y estata atal, a menos que	olare: ales a e yo l	s pued aplicab haya n	len ve les. L narca	erifica .a info do es	ir (revisi ormació sta casil	ar) la n que la: 🏻	informació proporció No comp	ón. Yo entiend one puede ser arta mi inform	o que comp ación	si de partid con	eliber a cor los P	radar n los Progra	mente Progr amas	proved amas d de Ate	inforr o infor de Ate nción	rmación ención d	falsa le Sa	a, mis h alud de	ijos Minnes
Dirección:																				1		
	****	Olodd	707 (40)			ac hr	,3,CI			- SIGIOTIO						-			Daju			
Office Use Only Total Hous	ehold	Size: Total Inc	come: \$		j	per			Appr	oved:	Case Numb	er –	Free		Fo					– Fi	ree	
Income - Reduced-Price		enied: Incomplete						The same of the sa	St. Parkers and Co.	ining Off				100				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 <u>USDA Program Discrimination Complaint Form</u> (Formulario de Queja de discriminación del Programa de USDA) (AD-3027) que se encuentra <u>en línea</u> 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. Envie 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:	2	nd Notice: _					
Result: No Change Free to	Reduced-Price	☐ Free to I	Paid 🔲	Reduced-Price	to Free	Reduced-Pr	rice to Paid	
Reason for Change:  Income	Case number no	ot verified	☐ Foster	not verified	Refused	Cooperation	Other:	
Signature of Confirming Official:		Ŧ	Date:	Signatu	re of Verifyin	g Official:		Date:

# **WAIVER OF CONFIDENTIALITY**

# Renuncia a la Confidencialidad

### Intercambio de información entre programas

Para ahorrarnos tiempo y esfuerzo, la información que usted presentó en la solicitud para alimentos escolares gratuitos o a precio reducido.

Estimado(a) padre, madre o tutor,

podrá ser compartida con otros programas para lo que sus niños pueden calificar. Para poder compartir su información, debemos tener su permiso para los siguientes programas, el envío de este formulario no cambiará si los niños reciben o no, alimentos gratis o a precio reducido. Sí, quiero que los funcionarios escolares compartan la información en mi solicitud para alimentos gratis o a precio reducido con: El departamento de atletismo de WHS para la exoneración de las cuotas de participación Sí, *quiero* que los funcionarios escolares compartan la información en mi solicitud para alimentos gratis o a precio reducido con: **Los** consejeros académicos de WHS para solicitudes universitarias Sí, quiero que los funcionarios escolares compartan la información en mi solicitud para alimentos gratis o a precio reducido con: Educación comunitaria de Worthington para la exoneración o reducción de las cuotas de los programas Si marcó con un **sí** una o todas las casillas de arriba, llene el formulario de abajo para asegurar que la información sea compartida para beneficio de los niños o del niño apuntado aquí y la información solo se compartirá con los programas que usted seleccionó. Nombre del niño: Escuela: Nombre del niño: Escuela: Nombre del niño: Escuela: Nombre del niño: Escuela: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre, madre o tutor:

Para obtener más información llame a *Tracy Kunkel* a teléfono 507 372 1106 o comuníquese por correo electrónico <u>tracy.kunkel@isd518.net</u>. Sírvase devolver este formulario a: Worthington ISD518 1117 Marine Ave Worthington MN 56187

De acuerdo con la ley federal de los derechos civiles, las regulaciones y normas del departamento de agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), sus agencias, oficinas, empleados e instituciones participantes o que administran los programas USDA, se les prohíbe discriminar basándose en la raza, color, nacionalidad, género, discapacidad, edad; tomar represalia o venganza debido a los derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad realizada o patrocinada por la USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternos para recibir información del programa (por ejemplo: Cecografía "Braille", letras grandes, casete, lenguaje por seña etc.) deberán comunicarse con la agencia (estatal o federal) para preguntar dónde pueden solicitar los beneficios. Las personas que son sordas, que tienen dificultad auditiva o con discapacidad del habla pueden comunicarse con la USDA por medio del servicio federal de retransmisión (800) 877-8339. Además, la información del programa podría estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja o discriminación con el programa, llene el formulario de que quejas por discriminación del programa USDA(AD-0327) en cualquiera oficina de la USDA o dirija una carta a USDA y en esa carta proporcione toda la información que se solicitó en el formulario. Para solicitar una copia del formulario para presentar quejas, llame al teléfono (866) 632-9992, y envíe el formulario debidamente lleno o carta a la USDA antes del 30 de mayo del 2022.

- 1. Correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Asst. Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
- 2. Fax (202) 690-7442; o

Dirección:

3. Email: program.intake@usda.gov

Esta institución es un empleador con equidad de oportunidades.

Nombre en letra de imprenta (letra de molde):