

John Landgaard
Superintendent

David Skog
Director of Management Services



1117 Marine Avenue
Worthington, MN 56187

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

Estimados Padres/Tutores:

Nuestra escuela ofrece alimentos nutritivos todos los días. **Costo del desayuno- Grados 1º-5º \$1.25, Grados 6º-12º \$1.50; costo del almuerzo KG-5º grado - \$2.35 y 6º-12º grado - \$2.50.**

Es posible que sus hijos califiquen para recibir la comida escolar gratuita o precio reducido. Para aplicar, llene la solicitud adjunta de Beneficios Educativos siguiendo las instrucciones correspondientes. Cada año debe presentar una nueva solicitud. En las escuelas públicas, su solicitud también ayuda a la escuela a calificar para recibir fondos y descuentos educativos adicionales. Los fondos estatales ayudan a pagar por las comidas escolares a precio reducido, por este motivo todos los estudiantes que están aprobados para recibir la comida gratis o precio reducido recibirán la comida escolar sin ningún costo. Los fondos estatales también ayudan a pagar por los desayunos para los estudiantes de jardines infantiles, por este motivo todos los estudiantes de kindergarten participantes reciben desayuno sin costo. Envíe su Solicitud de Beneficios Educativos completa a: **District Office - West Building Attn: Tracy 117 11th Ave. Worthington MN 56187**

¿Quién puede recibir comidas escolares gratuitas? Los niños que viven en hogares que participan en los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Minnesota Family Investment Program (MFIP) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), hijos de crianza, sin hogar, inmigrantes y niños fugitivos pueden recibir comidas escolares gratuitas sin reportar los ingresos del hogar. O los niños pueden recibir comidas escolares gratuitas si el ingreso familiar está dentro del máximo requerido de acuerdo con el número de personas en su hogar según las instrucciones, por favor complete la solicitud de beneficios escolares.

PREGUNTAS COMUNES:

Yo recibo WIC o Asistencia Médica ¿Pueden mis hijos recibir la comida escolar gratis? Los niños en hogares que participan en WIC o Asistencia Médica no califican automáticamente para los alimentos gratis, pero podrían ser elegibles dependiendo de otra información y de los ingresos del hogar. Por favor de llenar una solicitud.

¿A quién debo incluir como miembro de mi unidad familiar? Inclúyase usted e incluya a todas las demás personas que vivan en su hogar, independientemente del parentesco (como abuelos, otros parientes o amigos).

¿Puedo solicitar, aunque un miembro de mi unidad familiar no sea ciudadano estadounidense? Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para que los niños califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

¿Qué sucede si no siempre tengo el mismo ingreso? Indique la cantidad que recibe normalmente. Si trabaja tiempo extra regularmente también inclúyalo; pero si solo es ocasional, no lo incluya.

¿Se verificará la información que proporciono? Sí; y es posible que se le pida un comprobante por escrito.

¿Cómo se mantiene la información? La información que usted proporciona en la solicitud y la aprobación de su hijo para recibir los beneficios de alimentos escolares es protegida como información confidencial. Para más información, consulte la parte de atrás de la Solicitud de Beneficios Educativos.

¿Si no califico ahora puedo solicitar después? Sí. Por favor llene una solicitud en cualquier momento si su ingreso baja, el tamaño de su familia aumenta, o si comienza a recibir beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Por favor proporcione la información solicitada acerca de la identidad racial de los niños y el origen étnico, lo que ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo completamente a nuestra comunidad. Esta información no es necesaria para la aprobación de los beneficios de comidas escolares. Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame a **Tracy al 507 327'1106**.

Atentamente,

David Skog, Director of Management Services

Cómo completar la Solicitud para Beneficios Educativos

Complete la *Solicitud de Beneficios Educativos* para el año escolar 2022-23 si cualquiera de las siguientes condiciones aplica a usted:

- Cualquiera de los miembros de la unidad familiar participa 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 (ingreso neto 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 2022 al 30 de junio de 2023.

Ingreso total máximo

Tamaño de la unidad familiar	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos veces al mes	\$ Cada 2 semanas	\$ Por semana
1	25,142	2,096	1,048	967	484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Agregar por cada persona adicional	8,732	728	364	336	168

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

Circle 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.

Paso 3- Adultos / Ingresos / Últimos 4 dígitos del número Seguro Social

- Incluya 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 tiene 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 2022-23

Comidas escolares • Programas con financiamiento estatal y federal

Paso 1 Incluya a 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	Ileño 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**:

I 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 el salario por hora.				Granja o trabajo por cuenta propia	Asistencia pública, Manutención de menores, Pensión de Divorcio				Cualquier otro ingreso						
	Salario bruto antes de las deducciones (No lo que lleva a casa).	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual	Ingresos netos después de los gastos del negocio. Mencione si es anual o mensual.	Pagos recibidos.	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensual	Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc.	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):

X X X - X X -

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 llenado para solicitar la comida escolar 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: _____

WAIVER OF CONFIDENTIALITY 2022-23

Renuncia a la Confidencialidad

Intercambio de información entre programas

Estimado(a) padre, madre o tutor,

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

- ☐ Si, **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**
- ☐ Si, **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**
- ☐ Si, **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: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta (letra de molde): _____

Dirección: _____

Para obtener más información llame a **Tracy Kunkel** a teléfono 507 372 1106 o comuníquese por correo electrónico tracy.kunkel@isd518.net.
Sírvase devolver este formulario a: Worthington ISD518 117 11th 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 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
3. Email: program.intake@usda.gov

Esta institución es un empleador con equidad de oportunidades.

WAIVER OF CONFIDENTIALITY 2022-23

Sharing Information with Other Programs

Dear Parent/Guardian:

To save you time and effort, the information you gave on your Free and Reduced-Priced School Meals Application may be shared with other programs for which your children may qualify. For the following programs, we must have your permission to share your information. Sending in this form will not change whether your children get free or reduced-priced meals.

☐ Yes! I DO want school officials to share information from my Free and Reduced-Priced Meals Application with:
WHS Athletic Department for waived athletic fees

☐ Yes! I DO want school officials to share information from my Free and Reduced-Priced Meals Application with:
WHS Counselors for College Application Purposes

☐ Yes! I DO want school officials to share information from my Free and Reduced-Priced Meals Application with:
Worthington Community Education for waived or reduced program fees

If you checked yes to any or all of the boxes above, fill out the form below to ensure that your information is shared for the child (ren) listed below. Your information will be shared only with the programs you checked.

Childs Name: _____ School: _____

Childs Name: _____ School: _____

Childs Name: _____ School: _____

Childs Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Address: _____

For more information, you may call Tracy Kunkel at 507 372 1106 or email at tracy.kunkel@isd518.net.

Please return this form to: Worthington ISD518 117 11th Ave Worthington MN 56187

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language, ect.), should contact the agency (state or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contract USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint or discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-0327) at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: May 30, 2022.

1. Mail: 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; or

3. Email: program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.