

**Instrucciones para llenar
LA SOLICITUD PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS**

Si su familia recibe CUPONES PARA ALIMENTOS, MFIP o FDIR, siga estas instrucciones:

- Parte 1:** Marque el cuadro si esta es la primera vez que usted llena una solicitud para comidas escolares para cualquier niño.
Parte 2: Marque el cuadro indicando "Todos los niños que viven en mi hogar." Anote los nombres de los niños, fecha de nacimiento, grado, escuela y número del caso. Los números de caso del programa de Asistencia Médica no califican.
Parte 3: Salte esta parte.
Parte 4: Un miembro adulto de la familia debe firmar esta solicitud. No es necesario colocar un no. de Seguridad Social.

Si usted está llenando esta solicitud para un niño en adopción temporal (FOSTER CHILD), siga las siguientes instrucciones:

- Llene una solicitud para cada niño bajo el programa de adopción temporal (foster child).**
Parte 1: Marque el cuadro si esta es la primera vez que usted llena una solicitud para comidas escolares para este niño.
Parte 2: Marque el cuadro indicando "Un niño en adopción temporal." Anote el nombre del niño, fecha de nacimiento, grado y escuela. En la última columna "SSI u otro ingreso regular del niño," anote todos los ingresos designados para el uso personal del niño, o ponga "ninguno" si el niño no lo recibe.
Parte 3: Salte esta parte.
Parte 4: Un miembro adulto de la familia debe firmar esta solicitud. No es necesario colocar un no. de Seguridad Social.

PARA EL RESTO DE LOS HOGARES, incluyendo los que participan en WIC, siga estas instrucciones:

Complete una Solicitud para Beneficios Educativos si la suma total del ingreso familiar es menor que, o igual a la cantidad demostrada para el tamaño de su familia en la siguiente tabla. Estas cifras entrarán en vigencia el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2011.

Suma de los ingresos máximos de la familia

Tamaño de la Familia	\$ Anual	\$ Mensual	\$ 2 veces al mes	\$ Cada 2 semanas	\$ Semanal
1	20,036	1,670	835	771	386
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317
Para cada miembro adicional, sume:	6,919	577	289	267	134

- Parte 1:** Marque el cuadro si esta es la primera vez que usted llena una solicitud para comidas escolares para cualquier niño.
Parte 2: Marque el cuadro indicando "Todos los niños que viven en mi hogar." Anote los nombres de los niños, fecha de nacimiento, grado, escuela y número del caso. Si algún niño recibe un ingreso regular tal como pagos por parte de SSI o un empleo, anote la cantidad y la frecuencia del pago en la última columna. No coloque ingresos ocasionales tal como por cuidar de un niño (babysitting).
Parte 3: Anote la suma total de los ingresos de todos los miembros adultos que residen en su hogar.
Nombres: Anote el nombre y el apellido de cada persona adulta, incluyéndose a usted mismo, que reside en su hogar aunque no sean parientes suyos (Ej.: abuelos, otros parientes o amigos). También deberá incluir a cualquier miembro de su hogar que se encuentre temporalmente ausente del hogar tal como un estudiante universitario. Añada otra página si es necesario. **Ningún ingreso:** Marque esta casilla si la persona no tiene ningún ingreso.
Ingresos y salarios brutos mensuales: Al lado de los nombres de cada adulto anote la cantidad del ingreso bruto que esta persona recibe mensualmente en su trabajo. El **ingreso bruto** es la cantidad que gana una persona antes de la deducción de impuestos y otras deducciones. Al lado de cada la cantidad, anote la frecuencia con que la persona recibe su pago (Ej. Semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente).
Cualquier otro ingreso: Anote **todas las otras cantidades**, además de pagos y salarios, que son recibidos regularmente por medio de cualquier otra fuente. Para el auto-empleo (personas que trabajan por su cuenta o tienen su propia compañía), anote la cantidad del ingreso neto (después de las deducciones comerciales).
Parte 4: Si sus hijos son aprobados para recibir los beneficios de comidas escolares, puede que esta información sea compartida con los programas de seguros médicos de Minnesota con el fin de identificar a niños elegibles. Deje las casillas en blanco para dar su permiso para compartir esta información para tal propósito.
Parte 5: Un miembro adulto de la familia deberá firmar la solicitud y anotar su número de Seguridad Social. Si la persona que firma esta solicitud no tiene un número de Seguridad Social, podrá indicarlo al marcar el cuadro.

SOLICITUD para BENEFICIOS EDUCATIVOS

Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido • Año Escolar 2010-11 • Programas de Fondos Estatales y Federales para las Escuelas

1. Coloque una marca aquí si esta es la primera aplicación para comidas escolares para cualquier niño indicado mas abajo.
2. He anotado abajo:
 - Los nombres de todos los **niños que residen en el hogar** - a excepción de los niños en adopción temporal - incluyendo los recién nacidos hasta los que asisten a la escuela secundaria. Adjunte una página adicional si es necesario.
 - El nombre de un **niño en adopción temporal** bajo mi cuidado (quien es de la responsabilidad de una agencia de servicios sociales o de una corte). Complete una solicitud por separado para cada niño en adopción temporal. No combine en este formulario los nombres de niños en adopción temporal con los nombres de otros niños pertenecientes al hogar. La última columna deberá mostrar cualquier fondo que sea asignado específicamente para el uso personal del niño. Si ningún tipo de fondos de programas para niños en adopción temporal ha sido designado para uso personal del tal niño, escriba "ninguno" en la última columna.

Nombres de todos los niños que viven en la casa a excepción de los niños de adopción temporal (foster children) <i>o indique el nombre de un niño de adopción temporal</i>	Fecha de nacimiento	Grado (PreK - 12 th)	Escuela	Si es aplicable, anote el número del caso (MFIP, Estampillas para Alimentos, o FDPIR únicamente)	Si es aplicable, la cantidad de ingresos que recibe el niño a través de SSI u otra fuente
Nombre Apellido	Mes/Día/Año				
1	___/___/___				\$ ___ por ___
2	___/___/___				\$ ___ por ___
3	___/___/___				\$ ___ por ___
4	___/___/___				\$ ___ por ___
5	___/___/___				\$ ___ por ___

3. Anote los nombres de todas las personas adultas que viven en el hogar, la cantidad de sus ingresos para cada uno y el número de veces al mes que reciben esa cantidad. Adjunte una página adicional si es necesario. No llene la Parte 3 abajo si todos los niños que están solicitando beneficios de comidas escolares indicados en la Parte 2 tienen números de caso, o si la solicitud es para un niño de adopción temporal. La página de instrucciones muestra el ingreso máximo para calificar para los beneficios de comidas escolares.

Nombre de todos los adultos que residen en el hogar (todos los miembros no anotados en la Sección 1)	Marque en esta columna si NO TIENE INGRESO	Ingresos					ingreso, incluyendo ingreso <i>neto</i> por medio de auto empleo o ganancias granjeras.
		Escriba la cantidad del ingreso y la frecuencia con que son pagados: weekly, bi-weekly (cada 2 semanas), twice per month (dos veces al mes), monthly (mensualmente) o yearly (anualmente). Si su ingreso varía, escriba la cantidad que normalmente recibe.	Ingresos y salarios de todos los empleos - antes de las deducciones	Pensión, SSI, Jubilación, Seguro Social	Asistencia Pública, Manutención de Hijos, Sustento al Cónyuge	Beneficios por desempleo, compensaciones laborales- Beneficios de Huelga	
1		\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___
2		\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___
3		\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___
4		\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___

4. Si sus hijos son aprobados para recibir los beneficios de comidas escolares, puede que esta información sea compartida con los programas de MinnesotaCare y General Assistance Medical Care con el fin de identificar a los niños que son elegibles para los programas de seguros médicos de Minnesota. Vea la página al otro lado. Deje la casilla en blanco para permitirnos compartir la información.

No compartan mi información con los programas de seguros médicos de MinnesotaCare. No compartan mi información con el programa de General Assistance Medical Care.

5. **Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es cierta y correcta. Debido a que fondos Federales y Estatales pueden ser otorgados de acuerdo a la información aquí proporcionada, entiendo que las autoridades escolares y estatales pueden decidir verificar tal información y que una mal interpretación deliberada puede someterme a persecución bajo las leyes aplicables.**

Firma de un adulto miembro del hogar (requerido) _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Número de Seguro Social (necesario si se llenó la Sección 3) _____ - _____ - _____ O No tengo número de Seguro Social

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono de trabajo _____

Total Household Size: ___ Total Household Income: _____ per _____ Solo para Uso Escolar Or Household Receives: MFIP / Food Stamps / FDPIR Approved: Free ___ Reduced-Price ___ Temporary until ____, ____, ____ Denied: Incomplete ___ Income Too High ___ Other: _____ Signature of Determining Official: _____ Date: _____ Withdrawn: _____

Date Verification Sent: _____ Response Due: _____ 2 nd Notice Sent: _____ Solo para Uso Escolar Result: No Change ___ Free to Reduced-Price ___ Free to Paid ___ Reduced-Price to Free ___ Reduced-Price to Paid ___ Reason for Change: Income ___ Household Size ___ Change in Benefits ___ Refused Cooperation ___ Other: _____ Date 'Notice of Change' Sent: _____ Signature of Verifying Official: _____ Date: _____
--

Número del Seguro Social / Solicitud Completa

La Acta Nacional de Comidas Escolares requiere que a menos que usted proporcione un número de expediente del MFIP, Programa de Estampillas de Alimentos o FDPPIR para su hijo, o si usted está aplicando para un niño de adopción temporal bajo su cuidado, el adulto de la casa quien firma esta solicitud deberá proveer su número de seguro social o indicar que tal persona no tiene un Número del Seguro Social. Aunque no es mandatario dar un Número del Seguro Social, si no es proporcionado y no hay ninguna indicación de que la persona que firma no tiene dicho número, la solicitud no será aprobada.

Una solicitud completa y basada en los ingresos de la familia deberá incluir los nombres de todos los miembros adultos que formen parte de la familia, las sumas de los ingresos recibidos por todos los miembros adultos de la familia, la firma de un miembro adulto de la familia, y el número del Seguro Social de la persona que ha completado esta solicitud. Una solicitud completa para un niño de adopción temporal (foster child) deberá incluir el nombre del niño, la cantidad monetaria recibida para uso personal del niño y la firma de un miembro adulto de la familia.

Verificación

Tanto la escuela como el Departamento de Educación de MN pueden utilizar la información proporcionada en esta solicitud para verificar el tamaño de la familia, los ingresos y asistencia pública declarada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados a través de revisiones de programas, auditorías e investigaciones y pueden incluir comunicación con agencias Estatales tales como el Departamento de Seguridad Económica e Ingresos de MN, el Departamento de Servicios Humanos o Departamento de Ingresos Fiscales para verificar ingresos o aprobación actual para beneficios de asistencia pública. Estos esfuerzos pueden resultar en la pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones jurídicas si se ha reportado información falsa o incorrecta.

Privacidad de la información que usted proporcione en esta forma

La información que usted proporciona en este documento es considerada privada y confidencial. La información es utilizada para determinar y verificar si los niños que viven en su hogar califican para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido y también para fines de administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayunos escolares. Puede que compartamos su información con programas educativos, de salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, patrocinar o determinar beneficios para sus programas, auditores para la revisión de programas; y agentes del orden público para asistirlos en las violaciones de las normas del programa. La información que usted nos proporcione en esta solicitud no será divulgada por ninguna otra razón a menos que uno de los padres o guardianes lo solicite por escrito.

Privacidad del Estatus de Elegibilidad de su Hijo

El estatus de elegibilidad de su hijo para recibir comidas escolares (aprobado para recibir comidas "gratis," "a precio reducido," o "pagadas") es considerado como dato privado utilizado por la escuela para proporcionarle a su hijo el beneficio correspondiente. En los distritos de las escuelas públicas, el estatus de elegibilidad de cada niño es registrado dentro de un sistema computarizado a nivel Estatal el cual es utilizado para reportar datos sobre los estudiantes al Departamento de Educación de MN tal como es requerido por la ley Estatal. El Departamento de Educación de MN utiliza esta información para (1) suministrar programas Estatales y Federales, (2) calcular ingresos compensatorios para las escuelas públicas y (3) juzgar la calidad de los programas educativos del Estado.

La ley Federal permite que una escuela divulgue, sin el consentimiento de la familia, el estatus de elegibilidad para recibir comidas a oficiales que trabajen para los siguientes tipos de programas: (1) educación Federal, (2) salud o educación Estatales proporcionados por la escuela o una agencia Estatal y (3) nutrición Federal, Estatal o local que tenga requisitos de participación similares a los del Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Puede que un oficial escolar envíe a los hogares que han calificado para comidas escolares gratis o a precio reducido información sobre otros programas o beneficios que puedan interesarles. Información sobre la elegibilidad de estatus de comidas escolares también es utilizada para informes de estadísticas, sin necesidad de realizar una identificación individual.

Compartiendo información con los programas de MinnesotaCare y General Assistance Medical Care

Los niños que son elegibles para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido también pueden ser elegibles para los programas de seguros médicos de Minnesota. El estatus de elegibilidad de su hijo para el programa de comidas escolares (ya sean gratis o a precio reducido) puede ser compartido con los programas de MinnesotaCare o General Assistance Medical Care a menos que usted nos indique lo contrario. No es requerido que usted comparta información para este propósito y su decisión al respecto no tendrá ningún impacto en la aprobación de los beneficios para las comidas escolares.

Encuesta de Derechos Civiles (no es obligatorio)

1. Grupo Étnico (marque uno):

- Hispano o Latino No Hispano o Latino

2. Raza (marque uno o más):

- Indígena Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afro-Americano
 Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacifico
 Blanco

De acuerdo con la ley Federal y las pautas reglamentarias del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al número telefónico (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.