

NO DESEO HACER LA SOLICITUD (Opt Out). Marque la casilla, liste a sus estudiantes y firme la solicitud.

Complete una solicitud por unidad familiar. Utilice tinta (no lápiz). **Si tiene preguntas, llame al 952-681-6570**

PASO 1: Liste a **TODOS** los menores de su unidad familiar, ya sean bebés, niños o estudiantes hasta el 12º grado (incluya otra hoja para más nombres si es necesario).

Si sus hijos asisten a un distrito diferente, escuela chárter, o privada, llene una solicitud para cada escuela. (Los niños bajo custodia legal de la corte, son elegibles para comidas gratuitas)

Primer Nombre Legal de los niños, desde los bebés hasta los del 12º grado	2º Nombre	Apellido(s) Legal(es) del niño	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Es niño adoptivo
1.						<input type="checkbox"/>
2.						<input type="checkbox"/>
3.						<input type="checkbox"/>
4.						<input type="checkbox"/>
5.						<input type="checkbox"/>

PASO 2: ¿Algún miembro de su unidad familiar, incluyéndose a usted, participa en alguno de los siguientes programas?
 ___ SNAP, ___ MFIP o ___ FDPIR

Si su respuesta es **SÍ**, escriba el **NÚMERO DE CASO** -de 4-9 dígitos- y después vaya al Paso 4

(Medical Assistance y WIC *no califican*)
 (No escriba el número de la tarjeta EBT)

Si su respuesta es **No**, vaya al Paso 3

PASO 3: Reporte el ingreso de **TODOS** los miembros de su unidad familiar (Omita este paso si contestó 'Sí' en el PASO 2, y cuenta con un # de caso)

A. Se requieren los últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del adulto de la familia: XXX-XX- **No tiene SSN:** Total de miembros de la familia (Niños y Adultos) _____

B. Ingreso de todos los niños que se listaron en el Paso 1.

En ocasiones, los niños de la familia ganan o reciben ingresos por trabajos de medio tiempo, o por SSI. Por favor incluya el **TOTAL** de ingresos recibidos por todos los niños listados en el PASO 1. **NO** incluya aquí el ingreso de los adultos.

Ingresos TOTALES recibidos por todos los niños	Semanal	Quincenal	2x al Mes	Mensual
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Todos los adultos de la unidad familiar (incluyendo usted) Liste al resto de los miembros de la

unidad familiar que **no incluyó en el PASO 1**, aunque no reciban ingresos. (Incluya a los estudiantes universitarios, aunque se encuentren temporalmente fuera de casa). Por cada miembro de la unidad familiar, reporte el total de ingresos brutos (antes de deducciones o impuestos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0', o deje el espacio en blanco. En este caso, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingreso por reportar.

¿No está seguro qué ingresos incluir? Voltee la página y revise "Fuentes de ingresos de los niños" y "Fuentes de ingresos de los adultos". **NO anote ingresos por hora** en la sección de ingresos de los niños ni en la sección de todos los adultos.

Nombre de todos los adultos de la unidad familiar (Primer nombre y apellido(s))
Liste al resto de los miembros de la unidad familiar que no incluyó en el PASO 1, aunque no reciban ingresos. incluya a los estudiantes universitarios, aunque se encuentren temporalmente fuera de casa.

Ingresos brutos por empleo				
Semanal	Quincena	2x al mes	Mensual	Reporte el ingreso antes de deducciones o impuestos en números redondos (sin centavos).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

¿Tiene negocio propio o granja?		
Mensual	Annual	Ingreso neto del negocio o granja. No lo duplique en otro lado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

Otros Ingresos Brutos				
Semanal	Quincena	2x al mes	Mensual	SSI, Desempleo, Asistencia Pública, Manutención de hijos, y otros de la página 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

PASO 4: Información de contacto y firma del adulto. "Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, y que todos los ingresos se han reportado. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con fondos federales, y que los administradores de la escuela podrían verificar esta información. Estoy consiente de que, si he proporcionado falsa información, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida, y yo podría ser procesado bajo las leyes estatales y federales." **Al marcar esta casilla, indico que no deseo que se comparta mi información con los programas de Minnesota Health Care como lo permite la ley estatal.**

Si sus hijos son aprobados para recibir los beneficios educacionales, es posible que compartamos esta información para la posible reducción de otras tarifas escolares. Esta autorización tiene efecto para el año escolar 2021-2022. **Marque donde usted autoriza que compartamos su estatus para posible reducción de cuotas:** Atletismo ___ Transporte ___ Evaluaciones de Clases Avanzadas y Preparación Universitaria ___

Dirección: Calle: _____ Dpto.# _____ Ciudad _____ C.P. _____ Teléfono _____

Firma del adulto de la unidad familiar (necesaria) _____ Nombre en letra de molde _____ Fecha del día de hoy _____

No escriba aquí: Sólo para uso oficial	Weekly	Bi-weekly	2X Month	Monthly	Annual	Household Size	Categor. Eligible y	Free	Reduced	Denied
Total Income	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Determining Official _____ Date _____

INSTRUCCIONES: Fuentes de Ingresos

Fuentes de Ingreso de los Niños

Fuentes de Ingreso de los Niños	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos por Empleo Seguro Social <ul style="list-style-type: none"> Pagos por Discapacidad Beneficios de Sobreviviente Ingresos por personas fuera de la unidad familiar. Ingresos de alguna otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo, donde gana un salario o sueldo. El niño es ciego o con discapacidades y recibe dinero del Seguro Social Uno de los padres tiene alguna discapacidad, está jubilado o falleció, por lo que el niño recibe beneficios del Seguro Social. Un amigo o familiar proporciona regularmente al niño cierta cantidad de dinero para gastar. Un niño recibe ingreso regular por fondo de pensión privada, renta vitalicia o fideicomiso.

Fuentes de Ingreso de los Adultos

Ingreso por Empleo	Asistencia Pública/Pensión Alimenticia /Manutención de los Hijos	Otros Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> Salario, sueldo, bonos en efectivo (antes de deducciones e impuestos). Ingresos por trabajo por su cuenta (granja o negocio) Si está en el servicio Militar de U.S.A: <ul style="list-style-type: none"> Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, FSSA o subsidio privatizado de vivienda) Pensiones para vivienda fuera de la base, comida y ropa. 	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia en efectivo del estado o del gobierno local Ingreso por Seguro Suplementario Beneficios de Desempleo Compensación de Trabajadores Pago de Pensión Pagos por manutención de los hijos Beneficios de Veteranos Beneficios de Huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad Social Beneficios por discapacidad Ingreso regular por fideicomiso o inmuebles Rentas Vitalicias Ingreso por Inversiones Ingreso por Renta Pagos Regulares en efectivo provenientes de fuera de la casa.

La información de esta solicitud es requerida por **La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell**. Usted no tiene que proporcionar la información, pero de no hacerlo, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de seguro social no se requieren cuando presenta la solicitud en nombre de un niño bajo tutela legal de la corte o cuenta con un número de caso u otro identificador de un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDIPIR) para su hijo, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa.

En los distritos escolares públicos, el estado de las comidas escolares de cada alumno también se registra en un sistema informático estatal utilizado para informar los datos del alumno al MDE según lo exige la ley estatal. MDE usa esta información para: (1) Administrar programas estatales y federales, (2) Calcular ingresos compensatorios para escuelas públicas, y (3) Juzgar la calidad del programa educativo del estado.

Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por concepto de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o en represalia por alguna actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas con sordera, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja formal por discriminación, tiene 2 opciones: 1. Complete la [Forma USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) que se encuentra en línea en [Filing a Program Discrimination Complaint as a USDA Customer](#), o en cualquiera de las oficinas de la USDA, ó 2. Mande una carta dirigida a la USDA y provea en esa carta toda la información que se requiere en la forma. Para solicitar una copia de la forma, llame al (866) 632-9992. Mande su forma completa o carta a la USDA por alguno de los siguientes métodos:

(1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) Fax: 202-690-7442; ó
(3) Correo Electrónico: program.intake@usda.gov

Esta Institución es un proveedor de oportunidades igualitarias.

<p>No escriba aquí: Para uso de la oficina de la escuela</p> <p>Conversions to Annualize All Income:</p>	X52	X26	X24	X12	X1	<input type="checkbox"/> Verified? Attach Tracker	No change <input type="checkbox"/>	Free After Verified <input type="checkbox"/>	Reduced After Verified <input type="checkbox"/>	Denied After Verified <input type="checkbox"/>
	Weekly <input type="checkbox"/>	Bi-weekly <input type="checkbox"/>	2X Month <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Annualize <input type="checkbox"/>		Household Size:	Categorical Eligibility <input type="checkbox"/>	Free <input type="checkbox"/>	Reduced <input type="checkbox"/>
<p>All Total Income (Include child and adult income)</p> <p>\$</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>Determining Official Signature:</p>							<p>Date:</p>			
<p>Confirming Official Signature:</p>							<p>Date:</p>			