

NO DESEO HACER LA SOLICITUD (Opt Out). En este caso marque esta 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 (si es necesario, incluya otra hoja para más nombres).

Unidad familiar: "Son todas las personas que viven con usted y que comparten ingresos y gastos, aunque no sean familiares" Los niños en adopción temporal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los adultos arriba del grado 12 que viven en su unidad familiar se reportan en el paso 3. Si tiene hijos en diferentes distritos, llene una solicitud en cada distrito.

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

 (Asistencia Médica 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 número de caso)

- A. Se requieren los últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social (SSN)** del adulto de la familia: **XXX-XX-□□□□**. Si **no tiene SSN:** Total de miembros de la familia (Niños y Adultos) _____
- B. Ingreso de todos los niños anotados 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.

Ingreso TOTAL de 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)** Por cada adulto 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" que le ayudará a llenar la sección de ingresos tanto de los niños como de 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	Anual	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 intencionalmente, 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 2022-2023.

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 (obligatoria) _____ 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. Eligibility	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	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 parte de 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 pariente proporciona regularmente al niño cierta cantidad de dinero para gastar. Un niño recibe ingreso regular por fondo de pensión privada, renta vitalicia o fideicomiso.

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 Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar la información, pero de no hacerlo, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precios reducidos. Se deben 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 Reservas 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 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 (Forma 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 la forma. Para solicitar una copia de la forma de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe la forma llena o la carta al USDA: (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.

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