



2023-24 Solicitud de Beneficios Educativos

Complete una solicitud por hogar para todos los niños.

¿Preguntas? ☎ 651-306-7822

Devuelva su Solicitud de Beneficios Educativos completada a:
Email: cervanteza@isd199.org **Fax:** 651-306-7295
Dejar/Correo: El edificio de la escuela de su hijo o Edificio de oficinas del distrito ISD 199 entre las 8 a. m. y las 4 p. m.
 2990 80th Street East, Inver Grove Heights, MN 55076
Caja de noche: District Office Building puerta del lado derecho #16

Paso 1 Indique 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	Islaño 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**?

Marque uno: Sí No Asistencia Médica y WIC no califican. Respondió **No** > Vaya al PASO 3. Respondió **Sí** > Escriba aquí en **NÚMERO DE CASO:** SNAP MFIP FDIPIR

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.)

_____ luego vaya al PASO 4.

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 en un 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). Marque uno: Sí, los últimos cuatro de mi número de seguro social son X X X – X X – <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> O No, casilla de verificación <input type="checkbox"/> No tengo un 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 los 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.

He marcado esta casilla si no quiero que mi información se comparta con ISD 199.

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 completarse para solicitar beneficios educativos o de precio reducido, a menos que:

- (1) Su escuela ofrezca beneficios educativos 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 educativos 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 que su hijo reciba beneficios educativos gratuitos o de 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. Usaremos su información para determinar si su hijo califica para beneficios educativos y para la administración y ejecución de los programas escolares. Podemos compartir 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 encargado de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa. Requerimos su autorización por escrito por parte suya antes de compartir información con otros fines.

En los distritos escolares públicos, el estado de los beneficios educativos de cada estudiante se registra en un sistema informático que se usa 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:		Result:
Response Due:		<input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced-Price <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced-Price to Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price to Paid
2nd Notice:		Reason for Change:
		<input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Case number not verified <input type="checkbox"/> Foster not verified <input type="checkbox"/> Refused Cooperation <input type="checkbox"/> Other: _____

Signature of Confirming Official:	Date:
Signature of Verifying Official:	Date: