

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE 196
Escuelas públicas de Rosemount, Apple Valley y Eagan



Estimados Padre/Madre/Tutor:

Alentamos a las familias a aprovechar las comidas nutritivas y de alta calidad que están a disposición de los alumnos, todos los días.

El costo del almuerzo para la escuela elemental (PK-5) es \$2.50 y el costo del desayuno es \$1.55 (El desayuno es gratuito para TODOS los estudiantes de Kindergarten). El costo del almuerzo de la escuela media (6-8) es \$2.55 y el del desayuno es \$1.60. El costo del almuerzo de la escuela secundaria superior (9-12) es \$2.65 y el del desayuno es \$1.60. Todas las comidas incluyen leche, pero si se la compra por separado cuesta 0.40 centavos.

ES POSIBLE QUE SUS HIJOS REÚNAN LOS REQUISITOS PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO. Todos los alumnos que tengan la aprobación tanto para las comidas escolares gratuitas o a precio reducido recibirán comidas escolares SIN CARGO. Para postularse, presente su solicitud para el año actual. La financiación del estado ayuda a pagar por las comidas escolares de precio reducido.

Envíe su Solicitud de Beneficios Educativos completa a la siguiente dirección:

Food and Nutrition Services - 4187 Braddock Trail, Eagan, MN 55123

¿Quién puede recibir comidas 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), así como los hijos de crianza, pueden obtener comidas escolares gratuitas sin tener que declarar los ingresos de la unidad familiar. Además los niños pueden obtener comidas gratuitas si sus ingresos familiares están dentro de los límites indicados en las instrucciones para el tamaño de sus unidades familiares. La aprobación para recibir beneficios de comidas escolares es válida para todo el año escolar.

¿Califican los hijos de crianza para recibir comidas gratuitas? Sí, los hijos de crianza que son responsabilidad legal de una agencia de cuidado en hogares de crianza o del tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas independientemente de los ingresos de la unidad familiar.

Tengo beneficios del programa WIC. ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratuitas? Los niños que viven en hogares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas gratuitas. Sírvase llenar una solicitud.

¿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.

¿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). Incluya también a cualquier miembro de la unidad familiar que se encuentre ausente temporalmente, como un estudiante universitario.

¿Qué sucede si no siempre gano lo mismo en ingresos? Indique el monto que recibe normalmente. Si trabaja tiempo extra regularmente, inclúyalo también; pero no si solamente lo hace algunas veces.

¿Cómo se protegerá la información que yo suministre? La información que usted provea en el formulario, así como la aprobación de su hijo para recibir comidas escolares, se protegerán como información privada. Consulte el dorso de la solicitud para ver más información sobre cómo se usa la información.

¿Se verificará la información que yo suministre? Sí; y también es posible que le pidamos que provea prueba por escrito.

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud? Debe hablar con los funcionarios escolares. También puede pedir una audiencia.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame Susan a 651-683-6958.

Instrucciones para completar la Solicitud de Beneficios Educativos

Complete la Solicitud de Beneficios Educativos para el año escolar 2016-17 si le aplica cualquiera de las siguientes condiciones:

- Cualquiera de los miembros de la unidad familiar participan 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
- Los ingresos totales de la unidad familiar (ingresos brutos, no la paga neta) están dentro de los siguientes parámetros:

Ingreso total máximo

Tamaño de la unidad familiar	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos veces al mes	\$ Cada 2 semanas	\$ Por semana
1	21,978	1,832	916	846	423
2	29,637	2,470	1,235	1,140	570
3	37,296	3,108	1,554	1,435	718
4	44,955	3,747	1,874	1,730	865
5	52,614	4,385	2,193	2,024	1,012
6	60,273	5,023	2,512	2,319	1,160
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
Adicional	7,696	642	321	296	148

Los niños y la condición de hijo de crianza

Indique a todos los niños de la unidad familiar en la Sección 2.

- Marque la casilla correspondiente para indicar la condición de hijo de crianza de cada niño.
- Incluya cualesquiera ingresos regulares, como SSI, de los niños que no sean hijos de crianza (no incluya ingresos ocasionales como trabajo de niño).

Número de asistencia Complete la Sección 3 si cualquiera de los miembros de la unidad familiar participa actualmente en uno de los programas indicados en esa sección. Si llena la Sección 3, salte la Sección 4 (nombres e ingresos de los adultos).

Ingresos de los adultos / la unidad familiar Indique todos los miembros de la unidad familiar, independientemente del parentesco, en la Sección 4. Incluya a cualquier adulto que se encuentre ausente temporalmente, como un estudiante universitario.

Indique los ingresos brutos de cada miembro adulto de la unidad familiar, no la paga neta, y cuán frecuentemente los recibe. Por ejemplo, "S" por semanalmente.

- Indique los ingresos brutos antes de las deducciones.
- Si algún ingreso varía, indique el monto que se recibe usualmente.
- Únicamente para ingresos de trabajo agrícola/por cuenta propia, indique los ingresos netos después de descontar los gastos de negocios.
- Ejemplos de "otros ingresos" que se pueden incluir en la última columna son ingresos de trabajo agrícola/por cuenta propia, beneficios de veterano y beneficios por discapacidad.
- Marque la columna "Sin ingresos" después del nombre de una persona si no tiene ingresos. Campos vacíos será contado como -0- ingresos. No incluya como ingresos: pagos de cuidado de hijos de crianza, beneficios educativos federales, pagos del programa MFIP, paga de combate o el valor de la asistencia recibida de los programas SNAP, WIC, FDPIR o la Iniciativa de Viviendas Militares Privatizadas.

Firma Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar el formulario.

Número de Seguro Social La persona que firme la solicitud debe proveer los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social, a no ser que:

- Se haya suministrado un número de calificación de asistencia en la Sección 3, o
- Todos los niños que viven en la unidad familiar y necesitan beneficios de comidas escolares son hijos de crianza, o
- La persona que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social y lo ha indicado en la Sección 6.

Solicitud de Beneficios Educativos

Ya están disponibles las solicitudes en línea para el programa de comidas gratuitas visite: www.district196.org 
 o completar y enviar a ISD 196 Food and Nutrition Services - 4187 Braddock Trail Eagan, MN 55123
Beneficios de comidas escolares • Año escolar 2016-2017 • Programas con financiamiento estatal y federal

1. Marque aquí si es la primera aplicación para comidas al ISD 196. Información no se transfiere automáticamente de un distrito escolar a otro.
2. Los nombres de todos los niños (lactantes -Grado 12), incluyendo hijos de crianza. Adjuntar una hoja adicional si es necesario para cada sección.

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Grado	Escuela	*Crianza niño- es la responsabilidad legal de una agencia de beneficencia o tribunal.	Cualquier ingreso regular del niño Ejemplo: SSI
		__/__/__			<input type="checkbox"/>	\$ por ____
		__/__/__			<input type="checkbox"/>	\$ por ____
		__/__/__			<input type="checkbox"/>	\$ por ____
		__/__/__			<input type="checkbox"/>	\$ por ____
		__/__/__			<input type="checkbox"/>	\$ por ____

3. Beneficios (si corresponde)
 Si cualquiera de los miembros de la unidad familiar recibe beneficios de cualquiera de los programas indicados a continuación: indique el nombre de la persona y el número de caso, marque la casilla correspondiente y salte la Sección. **Número de caso es** _____
Para:
 Minnesota Family Investment Program (MFIP)
 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
 Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)
- Medical Assistance y WIC no calificante
*** Salte las Secciones 3 y 4 si el niño es las responsabilidad una agencia de beneficencia o tribunal.**

4. Nombres de TODAS los adultos que viven en la unidad familiar (todos los miembros la unidad familiar no indicados en la Sección 2), relacionados o no el parentesco. Indique los ingresos brutos de CADA miembro adulto de la unidad familiar, antes de todas las deducciones - (no la paga neta) y cuán frecuentemente los recibe. Si NO tiene ingresos✓ (Campos vacíos será contado como - 0 – ingresos). Ingreso es antes de todas las deducciones y por con cuánta frecuencia se recibe: Semanalmente, Quincenal, Dos veces al mes, Mensualmente. No indique la paga por hora. Si algún ingreso varía, indique el monto que se recibe regularmente.

Apellido	Nombre	Si no tiene ingresos ✓	Sueldos y salarios brutos-todos los empleos (antes de las deducciones)	Pensión, SSI, jubilación, Seguro Social	Asistencia pública, manutención de menores, pension alimenticia	Desempleo, compensación a trabajadores, beneficios por huelga	Cualquier otro ingreso, incluido el neto de trabajo agrícola/por cuenta propia
		<input type="checkbox"/>	\$ por ____	\$ por ____	\$ por ____	\$ por ____	\$ por ____
		<input type="checkbox"/>	\$ por ____	\$ por ____	\$ por ____	\$ por ____	\$ por ____
		<input type="checkbox"/>	\$ por ____	\$ por ____	\$ por ____	\$ por ____	\$ por ____

5. Si sus hijos reciben aprobación para recibir beneficios de comidas escolares, la información de podrá divulgar a los Programas de atención médica de Minnesota (Minnesota Health Care Programs) para identificar a niños elegibles para los programas de seguro médico de Minnesota. Deje la casilla en blanco para permitir que se divulgue la información. Consulte el dorso para obtener más información. Adicional beneficios para programas del Distrito Escolar de incluir (K)-Plus, Young Scholars, becas SES, tarifa de transporte para los servicios de servicio, visión / audición servicios, instrumentos musicales, excursiones, deportes y co-curricular o extracurricular actividades.
 No divulgar información a los programas de atención médica de Minnesota. No compartir mi información con los programas del distrito escolar.

6. Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es cierta y que se han reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y estatales según la información que yo provea. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrán perder los beneficios de comida y yo podría ser enjuiciado.

Firma de un miembro adulto de la unidad familiar (**obligatoria**) _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____
 Número de Seguro Social-últimos 4 dígitos (**obligatorio si se llena la Sección 4**): XX X - XX - __ __ __ __ No tengo número de Seguro Social
 Dirección: _____ Ciudad _____ Cód. Postal _____ Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____

<p>Office Use Only Total Household Size: ____ Total Income: \$ _____ per ____ Approved (check all that apply): <input type="checkbox"/> Case Number – Free <input type="checkbox"/> Foster – Free <input type="checkbox"/> Income – Free <input type="checkbox"/> Income – Reduced-Price Denied: <input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Other: _____ Signature – Determining Official: _____ Date: _____ Change Status To: _____ Reason: _____ Withdrawn: _____</p>	<p>Office Use Only Date Verification Sent: _____ Response Due: _____ 2nd Notice: _____ Result: <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 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 – Verifying Official: _____ Date: _____ Signature – Confirming Official: _____ Date: _____</p>
---	---

¿Es necesario este formulario?

Este formulario debe ser completado para solicitar comidas escolares 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 5 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.

Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)

Sírvase proveer la información siguiente que se usa para determinar el cumplimiento de las leyes de derechos civiles por parte de la escuela. Si se deja en blanco la información, se requiere que un representante de la escuela identifique las identidades étnicas y raciales de los participantes para fines de informes de derechos civiles.

1. Elija una etnia:

- Hispano/latino
 No hispano/latino

2. Elija una o más razas (independientemente de la etnia):

- Asiático
 Amerindio o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 Negro o afroamericano
 Blanco