



**PASO 1** Haga un lista de todos los Bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12<sup>th</sup>, que sean miembros de su hogar. (Si requiere más espacio, agregue otra hoja).

Apellido	Inicial del 2 <sup>do</sup> nombre	Nombre del estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Niño de crianza temporal? (Una Agencia o Corte tiene la custodia legal y responsabilidad del niño. Si es así, marque el círculo.
						<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>

**PASO 2** Participe cualquier miembro de su hogar en uno o más de los siguientes programas: **SNAP, MFIP or FDPIR?** (Asistencia Medica y WIC **NO** califica)

Si, es **No** > Vaya al paso # 3.

Si, es **SI** >

Escriba el número de Caso en la caja:

Después, continúe al Paso # 4.

**PASO 3 A.** Inclúyase usted y todos los miembros adultos del hogar y sus ingresos. (Omita el Paso # 3 si respondió "si" al paso # 2 o si los estudiantes son de cuidado temporal.)

Adultos – Nombre completo <small>Para prestaciones de comida de la escuela, los miembros de su familia son "Cualquier persona que vive con usted y comparte sus ingresos y gastos, incluso si no es familiar". Incluya el nombre completo de cada miembro del hogar que no aparece en el paso # 1 y sus ingresos en dólares. Si una persona no tiene ingresos, escriba 0 o, deje en blanco la sección. Esta es su certificación (promesa) de no reportar ingresos. Incluya cualquier estudiante de Colegio que está temporalmente fuera de su hogar.</small>	Pago total (bruto) del trabajo <small>No escriba salario por hora</small>				Asistencia Pública, Manutención de niños, Pensión alimenticia.				Otros Ingresos						
	Pago total antes de deducciones (No lo que lleva al hogar).	Semanal	Quincenal	Bi-mestral	Mensual	Pago recibido	Semanal	Quincenal	Bi-mestral	Mensual	Pensión, Jubilación Incapacitado, desempleo, beneficios de veteranos, etc.	Semanal	Quincenal	Bi-mestral	Mensual
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B.** Últimos cuatro dígitos del Seguro Social del firmante o no Seguro Social (requerido) **C** ¿Alguno de los niños mencionados en el Paso 1 reciben ingresos regulares, tales como Seguro Social o salarios?

            –      

--	--	--	--

– or  No tengo Seguro Social.

Total \$	Semanal	Quincenal	Bi-mestral	Mensual
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PASO 4** Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y de todo ingreso que se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican." La información que proporcione puede ser compartida con el program de Minnesota Health Care según lo permitido por la ley estatal, al menos que yo he marque esta caja:  No comparta mi información con el programa de Minnesota Health Care.

**Firma del Adulto del hogar** (requerido) \_\_\_\_\_ Nombre impreso \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ No.de tel.: \_\_\_\_\_ No. de tel.Trabajo \_\_\_\_\_

**Solo para uso de oficina** No.Total del Hogar: \_\_\_\_\_ Ingreso Total:\$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ **Aprovado:**  No. de caso –Gratis  Temporal – Gratis

Ingreso –Gratis  Ingreso – Precio-Reducido **Negado:**  Incompleto  Ingreso-muy alto Firma del oficial determinado: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE INGRESOS:** Consulte Fuentes de ingresos a continuación para determinar el ingreso para el PASO 3, Sección A y C.

Fuentes de ingresos infantiles	Asistencia pública / pensión alimenticia / Manutención de los hijos	Otros ingresos	Fuentes de ingresos infantiles	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueldo, salarios, bonos en efectivo (antes de deducciones o impuestos)</li> <li>• Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)</li> <li>• Si estás en el ejército de los E.U</li> <li>• Bono básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)</li> <li>• Subsidios para viviendas fuera de la base, alimentos y vestimenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local</li> <li>• Ingreso de seguridad suplementario</li> <li>• Beneficios de desempleo</li> <li>• Compensación del trabajador</li> <li>• Pagos de pensión alimenticia</li> <li>• Pagos de manutención infantil</li> <li>• Beneficios de veteranos</li> <li>• Beneficios de huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro social</li> <li>• Beneficios pro discapacidad</li> <li>• Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios</li> <li>• Anualidades</li> <li>• Ingreso de inversion</li> <li>• Ingreso de alquiler</li> <li>• Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganancias del trabajo</li> <li>• Seguro Social</li> <li>• Pagos por discapacidad</li> <li>• Beneficios del sobreviviente</li> <li>• Ingresos de una persona fuera del hogar</li> <li>• Ingresos de cualquier otra fuente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario</li> <li>• Un niño es ciego o discapacitado y recibe Seguro Social</li> <li>• Un padre está discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios de la Seguro Social</li> <li>• Un amigo o miembro de la familia extendida regularmente le da a un niño dinero para gastar</li> <li>• Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso</li> </ul>

**OPCIONAL- CONSENTIMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD**

Para ahorrar su tiempo y esfuerzo, la elegibilidad de alimentos de su hijo(s) puede ser compartida con otro personal del Distrito, para el propósito de asistencia financiera que su(s) hijo/s puedan calificar. **Debemos tener permiso para compartir su información.**

Permita que el nombre de mi hijo(s) y la elegibilidad de alimentos sea compartida con:

Atletismo y Actividades  Si    Orientación /Consejería  Si    Servicios Comunitarios  Si

Firma

Día

**Acta de Privacida/ Como la informacion es usada**

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social.

Usaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, y para la administración y ejecución de los programas de comidas escolares. Podemos compartir su información con otros programas educativos, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, y con funcionarios del orden público para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de los programas. Requerimos un consentimiento escrito de usted (Ver arriba) antes de compartir la información con otros propósitos. Sirvase proporcionar la información solicitada sobre la raza e identidad étnica de los niños. Esta información no es requerida y no afecta en la aprobación de los beneficios del programa. Utilizamos los porcentajes de participantes en cada categoría racial/étnico para comprobar que nuestro programa es operado en forma no discriminatoria, en cumplimiento con las leyes federales sobre derechos civiles. En los distritos escolares públicos, cada estatus de alimentación escolar del estudiante es registrada en un sistema informático estatal que es utilizado para comunicar los datos de los alumnos al Departamento de Educación de Minnesota, como es requerido por la ley estatal. MDE utiliza esta información para: (1) Administrar los programas estatales y federales, (2) Calcular los ingresos compensatorios para escuelas públicas, y (3) Evaluar la calidad del programa educacional del estado.

La información proporcionada en esta aplicación puede ser compartida con los programas de atención de salud de Minnesota, a menos que la persona que complete esta aplicación especifique en el paso 4 que no se comparta esta información para ese propósito.

**Declaración de no discriminación**

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

**Seleccionado para Verificación – Adjunto comprobantes de Verificación**