

**Comidas gratis o a precio reducido • Programas de Fondos Estatales y Federales para las Escuelas**  
**SOLICITUD para BENEFICIOS EDUCATIVOS**  
**Año Escolar 2011 - 2012**

Favor completar este formulario si los ingresos totales de su hogar están dentro de las pautas de la guía económica, si recibe MFIP, Estampillas de Alimentos, o beneficios FDPIR.

Devuelva la solicitud completa a  
 Child Nutrition Office, Northfield School  
 1400 Division St., S, Northfield, MN 55057

[ ] Marque aquí si está solicitando un niño de adopción temporal (un niño que reside con una familia pero cuyo responsabilidad legal le pertenece al Departamento de Servicios Humanos o a la corte.) Cada niño de adopción temporal requiere su propio solicitud.

**1. Anote los nombres de todos LOS NIÑOS que residen en el hogar incluyendo los RECIÉN NACIDOS hasta los que asisten a la ESCUELA SECUNDARIA / BACHILLERATO. Si es necesario, añada otra hoja.**

Anote los nombres de todos los <u>Niños</u> que viven en la casa a excepción de los niños de adopción temporal		Fecha de nacimiento	Grado (PreK – 12)	Nombre de la escuela	Tipo de asistencia / Número de su expediente Únicamente para MFIP, Estampillas de Alimentos o FDPIR **	Si es aplicable, la cantidad de ingresos que recibe el niño a través*
Nombre	Apellido					
1						
2						
3						
4						
5						
6						

\* Incluya únicamente los ingresos recibidos con regularidad tal como SSI e ingresos por medio de un trabajo de medio tiempo. No incluya los ingresos ocasionales tal como ganancias por cuidar niños o cortar el pasto, etc. \*\* No incluya los números de Asistencia Médica (MA).

**2. Anote los nombres de todos LOS ADULTOS que residen en su casa y la suma total de todos LOS INGRESOS RECIBIDOS EL MES PASADO. (Salte esta sección si todos los niños solicitando para beneficios anotados arriba ya tienen un número de asistencia.)**

Nombre de todos los <u>adultos que residen en el hogar</u> (Incluya el nombre de personas, ya sean familiares o no, que comparten la casa y/o los gastos, a excepción de los niños nombrados en la parte superior. Nombre      Apellido	<u>Ingresos</u>					
	Marque aquí si no hay ningún ingreso √	Ingresos y salarios <i>brutos</i> de todos los trabajos (antes de deducciones) Ejemplo: \$1300 por Bi-W	Pensión, SSI, Jubilación, Pagos de Veteranos, Seguro Social Ejemplo: \$675 por M	Desempleo, Compensación a Trabajadores, Beneficios de Huelga Ejemplo: \$300 por W	Asistencia Pública, Mantenimiento de Hijos, Pensión tras Divorcio	Cualquier otro tipo de ingreso, incluyendo ingreso neto por medio de auto empleo o ganancias granjeras
1		por	por	por	por	por
2		por	por	por	por	por
3		por	por	por	por	por
4		por	por	por	por	por

**3. Si sus hijos son aprobados para recibir los beneficios de comidas escolares, puede que esta información sea compartida con los programas de MinnesotaCare y General Assistance Medical Care con el fin de identificar a los niños que son elegibles para los programas de seguros médicos de Minnesota. Vea la página al otro lado. Deje la casilla en blanco para permitirnos compartir la información.**

[ ] **No compartan mi información con los programas de seguros médicos de MinnesotaCare.** [ ] **No compartan mi información con el programa de General Assistance Medical Care**

**4. Certifico que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta. Debido a que fondos Federales y Estatales pueden ser otorgados de acuerdo a la información aquí proporcionada, entiendo que las autoridades escolares pueden decidir verificar tal información y que una mal interpretación deliberada puede someterme a persecución bajo las leyes aplicables.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de un adulto miembro de la casa (requerido)**

\_\_\_\_\_  
 Nombre en imprenta de un adulto miembro de la casa

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-      **O**    √      No tengo número del Seguro Social.

**Número del Seguro Social (requerido si ha completado la sección 2)**    (\_\_\_\_)\_\_\_\_(\_\_\_\_)\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la Casa      Teléfono de trabajo

\_\_\_\_\_  
 Domicilio      Apartamento      Ciudad      Código Postal      Fecha

No complete esta sección -Solo para Uso Escolar				
Total Household Size _____	Total Household Income \$ _____	MFIP/Food Stamps/FDPIR _____	Foster _____	
Approved Free _____	Approved Reduced Price _____	Temporary _____	Until _____	
Denied _____	Incomplete Application _____	Income Too High _____	Other: _____	Status Change Date _____
Signature of Determining Official _____		Date _____	Reason: _____	

### Número del Seguro Social / Solicitud Completa

La Acta Nacional de Comidas Escolares requiere que a menos que usted proporcione un número de expediente del MFIP, Programa de Estampillas de Alimentos o FDPIR para su hijo, o si usted está aplicando para un niño de adopción temporal bajo su cuidado, el adulto de la casa quien firma esta solicitud deberá proveer su número de seguro social o indicar que tal persona no tiene un Número del Seguro Social. Aunque no es mandatario dar un Número del Seguro Social, si no es proporcionado y no hay ninguna indicación de que la persona que firma no tiene dicho número, la solicitud no será aprobada.

Una solicitud completa y basada en los ingresos de la familia deberá incluir los nombres de todos los miembros adultos que formen parte de la familia, las sumas de los ingresos recibidos por todos los miembros adultos de la familia, la firma de un miembro adulto de la familia, y el número del Seguro Social de la persona que ha completado esta solicitud. Una solicitud completa para un niño de adopción temporal (foster child) deberá incluir el nombre del niño, la cantidad monetaria recibida para uso personal del niño y la firma de un miembro adulto de la familia.

### Verificación

Tanto la escuela como el Departamento de Educación de MN pueden utilizar la información proporcionada en esta solicitud para verificar el tamaño de la familia, los ingresos y asistencia pública declarada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados a través de revisiones de programas, auditorías e investigaciones y pueden incluir comunicación con agencias Estatales tales como el Departamento de Seguridad Económica e Ingresos de MN, el Departamento de Servicios Humanos o Departamento de Ingresos Fiscales para verificar ingresos o aprobación actual para beneficios de asistencia pública. Estos esfuerzos pueden resultar en la pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones jurídicas si se ha reportado información falsa o incorrecta.

### Privacidad de la información que usted proporcione en esta forma

La información que usted proporciona en este documento es considerada privada y confidencial. La información es utilizada para determinar y verificar si los niños que viven en su hogar califican para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido y también para fines de administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayunos escolares. Puede que compartamos su información con programas educativos, de salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, patrocinar o determinar beneficios para sus programas, auditores para la revisión de programas; y agentes del orden público para asistirlos en las violaciones de las normas del programa. La información que usted nos proporcione en esta solicitud no será divulgada por ninguna otra razón a menos que uno de los padres o guardianes lo solicite por escrito.

### Privacidad del Estatus de Elegibilidad de su Hijo

El estatus de elegibilidad de su hijo para recibir comidas escolares (aprobado para recibir comidas "gratis," "a precio reducido," o "pagadas") es considerado como dato privado utilizado por la escuela para proporcionarle a su hijo el beneficio correspondiente. En los distritos de las escuelas públicas, el estatus de elegibilidad de cada niño es registrado dentro de un sistema computarizado a nivel Estatal el cual es utilizado para reportar datos sobre los estudiantes al Departamento de Educación de MN tal como es requerido por la ley Estatal. El Departamento de Educación de MN utiliza esta información para (1) suministrar programas Estatales y Federales, (2) calcular ingresos compensatorios para las escuelas públicas y (3) juzgar la calidad de los programas educativos del Estado.

La ley Federal permite que una escuela divulgue, sin el consentimiento de la familia, el estatus de elegibilidad para recibir comidas a oficiales que trabajen para los siguientes tipos de programas: (1) educación Federal, (2) salud o educación Estatales proporcionados por la escuela o una agencia Estatal y (3) nutrición Federal, Estatal o local que tenga requisitos de participación similares a los del Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Puede que un oficial escolar envíe a los hogares que han calificado para comidas escolares gratis o a precio reducido información sobre otros programas o beneficios que puedan interesarles. Información sobre la elegibilidad de estatus de comidas escolares también es utilizada para informes de estadísticas, sin necesidad de realizar una identificación individual.

### Compartiendo información con los programas de MinnesotaCare y General Assistance Medical Care

Los niños que son elegibles para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido también pueden ser elegibles para los programas de seguros médicos de Minnesota. El estatus de elegibilidad de su hijo para el programa de comidas escolares (ya sean gratis o a precio reducido) puede ser compartido con los programas de MinnesotaCare o General Assistance Medical Care a menos que usted nos indique lo contrario. No es requerido que usted comparta información para este propósito y su decisión al respecto no tendrá ningún impacto en la aprobación de los beneficios para las comidas escolares.

#### Encuesta de Derechos Civiles (no es obligatorio)

##### 1. Grupo Étnico (marque uno):

Hispano o Latino  No Hispano o Latino

##### 2. Raza (marque uno o más):

Indígena Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Afro-Americano

Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacifico

Blanco

*De acuerdo con la ley Federal y las pautas reglamentarias del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al número telefónico (866) 632-9992 o al (800)877-8339 (TTY) o al Spanish (800)845-6136. USDA no discrimina en sus programas y empleo.*

No complete esta sección –Solo para Uso Escolar

#### VERIFICATION STATUS

Date Verification Notice Sent \_\_\_\_\_ Response Due from Household \_\_\_\_\_ 2nd Notice Sent \_\_\_\_\_

Result: No Change \_\_\_\_\_ Free to Reduced-Price \_\_\_\_\_ Free to Paid \_\_\_\_\_ Reduced-Price to Free \_\_\_\_\_ Reduced-Price to Paid \_\_\_\_\_

Reason for Change: Income \_\_\_\_\_ Household Size \_\_\_\_\_ Change in Benefits \_\_\_\_\_ Refused Cooperation \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_ Date "Notice of Change" sent: \_\_\_\_\_

Signature of Verifying Official \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_