

2020 - 2021 ISD 279 OSSEO AREA SCHOOLS Application for Educational Benefits/Free or Reduced Price Meals

DATE RECEIVED

PLEASE READ ALL INSTRUCTIONS. COMPLETE ONE APPLICATION PER HOUSEHOLD.

1 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), MFIP, or FDIPIR Benefits If you now receive Food Support (SNAP), MFIP, or FDIPIR benefits, list a current CASE number and check the program. **NOT MEDICAL ASSISTANCE OR WIC.**

SNAP
 MFIP
 FDIPIR

2

If your children are approved for school meal benefits, this information may be shared with Minnesota Health Care Programs to identify children eligible for Minnesota Health Care Programs. See instructions for more information. Leave the box blank to allow sharing of information. You are not required to share information for this purpose and your decision will not affect approval for school meal benefits.

Do not share my information with Minnesota Health Care Programs

3 STUDENT INFORMATION: Enter the birth date, last and first name, along with the grade and school of EACH STUDENT in the household that attends an ISD 279 Osseo Area Schools. If any income is received by or for a student please enter it in the column for Student's Income.

Foster Child? (An agency or court has legal responsibility for the child.) If yes, check the box.

STUDENT'S INCOME ONLY

List any salary, wages, Child SSI.

Nutrition Center Use Only	Student's Birth Date	Student's Last Name	Student's First Name	Grade	School Name	INCOME:	How Often?
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	W 2W M 2M

4 For the purpose of school meal benefits, the members of your household are "anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."

ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS: DO NOT INCLUDE THE CHILDREN LISTED ABOVE.

Indicate income frequency (M = Monthly, W = Weekly, 2W = Every Other Week, or 2M = Twice a Month) by filling in the appropriate circle.

List the full name of each household member not listed in Step 3 and their income(s) in whole dollars. If a person has no income, write in 0 or leave blank. This is your certification (promise) of no income to report. Include any college students temporarily away from home.

Gross Pay from Work. Do not write in an hourly wage. Gross pay before deductions (not take-home pay).

Farm or Self-Employment. Net Income after business expenses.

Public Assistance, Child Support, Alimony Payments received.

All Other Incomes: Pension, retirement, disability, unemployment, Veterans benefits, etc.

	Income Frequency	Income Frequency	Income Frequency	Income Frequency
LAST NAME, FIRST	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M
LAST NAME, FIRST	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M
LAST NAME, FIRST	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M
LAST NAME, FIRST	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M
LAST NAME, FIRST	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M	\$ \$ \$ \$ W 2W M 2M

Did you know that if you qualify for free or reduced meals, you may also receive free or reduced fees for other school related programs?

If you check this box: Child Nutrition will be able to disclose your free/reduced meal eligibility to other appropriate school officials for the purpose of receiving assistance or a waiver for other school related programs.

By leaving the box blank: It means that other Osseo Area School programs will not have access to your eligibility, and it will be your responsibility to provide this information to them to receive waived or reduced fees.

7 SHARE MY INFORMATION

8 Last 4 Digits of Adult Social Security Number I DO NOT HAVE A SSN:

SIGNATURE: An adult household member must sign the application. If Part 4 is completed, the adult signing the form also must list the last four digits of his or her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box. (See Privacy Act Statement on the back of this page.)

*SIGNATURE REQUIRED

9 Enter your name in the boxes below

5 ENTER THE TOTAL NUMBER OF HOUSEHOLD MEMBERS
The number you enter must equal the number of names from Part 3 and Part 4.

6 Mailing Address Apt #

City State Zip Home Telephone Number

FIRST NAME

LAST NAME

IF REPRODUCED, THIS APPLICATION WILL NOT WORK IN SOFTWARE

DATE SIGNED

RACIAL IDENTITY (Optional) Choose one or more (regardless of ethnicity):
 American Indian or Alaska Native Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander White

ETHNIC IDENTITY (Optional) Please mark one ethnic identity:
 Of Hispanic or Latino Origin Not of Hispanic or Latino Origin

*CERTIFICATION: I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will get Federal funds based on the information I give. I understand that school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted.

APPLICATION FOR EDUCATIONAL BENEFITS/FREE OR REDUCED PRICE MEALS - 2020/2021 SCHOOL YEAR

HOW TO FILL OUT THIS APPLICATION - PLEASE PRINT NEATLY WITH BLACK INK. PLEASE USE CAPITAL LETTERS. COMPLETE ONE APPLICATION PER HOUSEHOLD .

PART 1 Enter the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Minnesota Family Investment Plan (MFIP), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number in the space provided if any.

PART 2 Sharing Information with Minnesota Health Care Programs - Children who are eligible for school meal benefits may be eligible for Minnesota Health Care Programs. Your child's eligibility status for school meals (qualified for free or reduced-price meals) may be shared with Minnesota Health Care Programs unless you tell us not to. You are not required to share information for this purpose and your decision will not affect approval for school meal benefits.

PART 3 Enter the enrolled student's birth date, last name, first name, grade, school name and income. Income to report includes student's salary, wages and child SSI. Write in "0" if no income is received. Do not include income that is only occasional, such as babysitting or lawn mowing.

PART 4 Enter the last and first name of ALL people living in your household, but **DO NOT include the names of the students listed in Part 3.** Household means a group of related, or non-related, individuals who are living as one economic unit and sharing living expenses to include: rent, clothes, food, doctor bills, and utility bills. If the individual has no income, you must put an X in the box next to the individual's name. Enter the frequency and the income BEFORE DEDUCTIONS in the appropriate column. If "0" income, please explain how you provide for food and shelter.

PART 5 Add together the total number of household members listed in Parts 3 and 4 and enter the number.

PART 6 Enter your mailing address and telephone number.

PART 7: Sharing information with Osseo Area Schools Children who are eligible for school meal benefits may be eligible for reduced or free program fees in Osseo Area Schools. Your child's eligibility status for school meals (qualified for free or reduced price meals) may be shared with other Osseo Area School programs. You are not required to share information for this purpose and your decision will not affect approval for school meal benefits.

PART 8 Enter in the Social Security number of the adult filling out the application. If you do not have a Social Security Number, place an X in the box provided.

PART 9 SIGN and ENTER the name of the adult filling out the application and write in the date.

CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES (OPTIONAL)

Please provide the following information, which is used to determine the institution's compliance with civil rights laws. If the information is left blank, a representative of the institution is required to identify the ethnic and racial categories of participants for civil rights reporting.

INCOMPLETE, DIFFICULT TO READ, OR INCORRECT APPLICATIONS WILL DELAY MEAL BENEFITS.

NOTICE: If you currently receive Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC), Food Support (SNAP), MFIP, or FDPIR, your enrolled child(ren) may be eligible for free meals. Medical assistance does not qualify.

APPLY FOR BENEFITS: You may apply for benefits at any time during the school year. If you are not eligible now but your income goes down, you lose your job, your family size becomes larger, or you become eligible for SNAP, MFIP or FDPIR benefits, you may complete an application at that time.

NON-DISCRIMINATION: Children who receive free or reduced priced meals must be treated in the same manner as those children who pay full price for their meals.

VERIFICATION: If you submit an application and it is approved, the application may be verified by the district and/or the MN Department of Education at any time during the school year. School officials may require documentation that your child(ren) are eligible for free or reduced-price meals. Your child's eligibility status for free or reduced-price meals may be verified with any data available for this purpose, including data from MN Departments of Economic Security, Revenue, and Human Services.

SOCIAL SECURITY NUMBER: The application must have the social security number of the adult who signs. This is required by the National School Lunch Act. If the adult does not have a social security number, check the box provided to show that the adult does not have a Social Security number. If a Food Stamp, MFIP or FDPIR case number for the child is listed, or if the application is for a foster child, a Social Security Number is not needed.

PRIVACY ACT STATEMENT / HOW INFORMATION IS USED: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give this information, but if you do not we cannot approve your child for free or reduced-price school meals. You must include the last four digits of the Social Security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the Social Security number are not required when you apply on behalf of a foster child, or you provide an MFIP, SNAP or FDPIR assistance number, or you indicate that the adult household member signing the application does not have a Social Security number.

Only authorized officials will have access to the information that you provide on this form. We will use your information to determine if your child qualifies for free school meals, and for administration and enforcement of the school meal programs. We may share your information with other education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund or determine benefits for their programs, with auditors for program reviews, and with law enforcement officials to help them look into violations of program rules. We require your written consent before sharing information for other purposes.

Please provide the requested information about children's race and ethnic identity. This information is not required and does not affect approval for program benefits. We use the percentages of participants in each racial/ethnic category to check that our program is operated in a nondiscriminatory manner in compliance with federal civil rights laws. At public school districts, each student's school meal status also is recorded on a statewide computer system used to report student data to the Minnesota Department of Education (MDE) as required by state law. MDE uses this information to: (1) Administer state and federal programs, (2) Calculate compensatory revenue for public schools, and (3) Judge the quality of the state's educational program.

Information provided on this form may be shared with Minnesota Health Care Programs, unless the person completing this form has checked the box in Step 2 to not share information for that purpose.

FAIR HEARING: You may talk to school officials if you do not agree with the decision on your application or the results of verification. You also may ask for a fair hearing. You may do this by calling or writing: Tom Pellegrino, 11200 93rd Avenue North, Maple Grove, MN 55369, (763) 391-7064.

INCOME TO REPORT

Income from work:	Include total wages, salaries, and tips received from work before taxes and other deductions. Include net income from self owned business, daycare, or farm.
Income from welfare, child support, and alimony:	Include total amount received from public assistance, child support, adoption assistance, and alimony.
Income from pension, social security and disability:	Include total amount received from pension, retirement benefits, veteran's payments, social security, supplemental security income (SSI), and disability.
Income from other sources:	Include total amount received from all other sources including: cash withdrawn from savings; rental income; unemployment income; regular contributions from persons not living in the household; interest; dividends; income from estates, trusts, royalties, annuities, and investments.

Incomplete, difficult to read or incorrect applications will delay meal benefits. Until your application is processed, you will need to provide a lunch for your child(ren) or give them money to purchase school meals.

PLEASE ALLOW 10 WORKING DAYS FOR ELIGIBILITY DETERMINATION. We will notify you in writing of your status (free, reduced, or denied). If you have any questions, please call the Nutrition Center at (763) 391-7129 - 7:00a.m. to 3:00 p.m. on school days.

We cannot accept faxed copies. Please send the original. Child Nutrition Programs will tell you when your application is approved for free or reduced price meals or is denied. We do not fax eligibility letters due to data privacy.

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

Use the income chart below to see if you qualify for the free or reduced price meal program. Effective July 1, 2020 - June 30, 2021

Household Size	Annual	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$23,606	\$1,968	\$984	\$908	\$454
2	31,894	2,658	1,329	1,227	614
3	40,182	3,349	1,675	1,546	773
4	48,470	4,040	2,020	1,865	933
5	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092
6	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251
7	73,334	6,112	3,056	2,821	1,411
8	81,622	6,802	3,401	3,140	1,570
For each additional family member, add:					
	\$8,288	\$691	\$346	\$319	\$160

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (state or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail to U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410, or (2) fax to (202) 690-7442; or (3) email to program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

2020-2021 ISD 279 ESCUELAS PÚBLICAS DEL ÁREA DE OSSEO ISD 279 Solicitud para Beneficios Educativos

DATE RECEIVED

FAVOR DE LEER TODAS LAS INSTRUCCIONES. COMPLETAR SÓLO UNA SOLICITUD POR FAMILIA

1 Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), MFIP, o Beneficios FDIR Si usted recibe ahora beneficios de Apoyo de Alimentos (SNAP), MFIP, o FDIR, escriba su número de CASO y marque la programa. **NO SU NÚMERO DE ASISTENCIA MÉDICA**

SNAP MFIP FDIR

2 Si sus hijos están aprobados para recibir beneficios de comidas escolares, es posible que esta información sea compartida con los programas de Cuidados de Salud de Minnesota para identificar a los niños elegibles para Programas de Cuidados de Salud de Minnesota. Vea las instrucciones para mayor información. Deje la casilla en blanco para permitirnos compartir la información. No es necesario que comparta esta información, su decisión no afectará que aprobemos los beneficios de comidas escolares.

No compartir mi información con los programas de Cuidados de Salud de Minnesota

3 **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:** Escriba la fecha de nacimiento, apellido y nombre, junto con el grado y la escuela de CADA ESTUDIANTE en el hogar que asista a las Escuelas del Área de Osseo ISD 279. Favor de incluir cualquier ingreso que el estudiante reciba en la columna de Ingresos Mensuales del Estudiante

¿Hijo adoptivo? (Una agencia o tribunal tiene la responsabilidad legal del niño), Si es así, marque la casilla.

SÓLO EL INGRESO DEL ESTUDIANTE
Escriba el salario y SSI del niño.

Sólo para Uso del Centro de Nutrición	Fecha de Nacimiento	Apellido del Estudiante	Nombre del Estudiante	Grado	Escuela	SALARIO:	Frecuencia?
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	(W) (2W) (M) (2M)
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	(W) (2W) (M) (2M)
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	(W) (2W) (M) (2M)
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	(W) (2W) (M) (2M)
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	(W) (2W) (M) (2M)
	MM DD YY					\$ \$ \$ \$	(W) (2W) (M) (2M)

4 A los efectos de los beneficios de comidas escolares, los miembros de su hogar son "cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no esté relacionado". Anote el nombre completo de cada miembro del hogar que no aparece en el Paso 3 y sus ingresos en dólares enteros. Si una persona no tiene ingresos, escriba 0 o deje en blanco. Esta es su certificación (promesa) de ningún ingreso para informar. Incluya a cualquier estudiante universitario temporalmente fuera de casa.

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: NO INCLUYA A LOS ESTUDIANTES ANOTADOS ARRIBA.
Indique frecuencia del ingreso (M = Mensual, W = Semanal, 2W = Cada dos semanas, o 2M = Cada dos meses) marcando el círculo apropiado

Apellido, Nombre	Ingreso total de su trabajo. No ponga sus ingresos por hora. Ingreso antes de deducciones (no el pago que lleva a casa). Frecuencia de Ingreso	Granja o Auto-Empleo. Ingreso Neto después de los gastos del negocio. Frecuencia de Ingreso	Pagos Recibidos por Asistencia Pública, Pension por los hijos, Pension conyugal Frecuencia de Ingreso	Otros Ingresos: Pensión, retiro, discapacidad, desempleo, beneficios para Veteranos, etc. Frecuencia de Ingreso
APELLIDO, NOMBRE	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)
APELLIDO, NOMBRE	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)
APELLIDO, NOMBRE	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)
APELLIDO, NOMBRE	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)
APELLIDO, NOMBRE	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)	\$ \$ \$ \$ (W) (2W) (M) (2M)

7 **COMPARE MI INFORMACIÓN**

8 Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social del Adulto
NO TENGO SSN

9 ***FIRMA REQUERIDA***
Escriba su nombre y apellido en las casillas de abajo.

5 **ESCRIBA EL NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DE SU HOGAR.**
Esta cantidad de nombres debe ser igual al número de nombres de las Partes 3 y 4.

6 Dirección Apt #
Ciudad Estado Código Postal Teléfono del Hogar

IF REPRODUCED, THIS APPLICATION WILL NOT WORK IN SOFTWARE

NOBRE APELLIDO

MM DD AA **FECHA FIRMADO**

SPANISH 19200000 / 19

IDENTIDAD RACIAL (Opcional)
Elija una o más (sin importar la etnicidad):
 Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro-Norteamericano Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacífico Blanco

IDENTIDAD ÉTNICA (Opcional)
Favor de marcar una:
 De Origen Latino o Hispano No Hispano o de Origen Latino

*CERTIFICACIÓN: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y todos los ingresos son reportados. Comprendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que he dado y comprendo que las autoridades escolares pueden verificar la información. Comprendo que si doy información incorrecta a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas escolares y yo puedo ser demandado.

SOLICITUD PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS/COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO - AÑO ESCOLAR 2020/2021

CÓMO LLENAR ESTA SOLICITUD – FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE, TINTA NEGRA Y LETRA MAYÚSCULA. COMPLETE UNA SOLICITUD POR CADA HOGAR.

PARTE 1 Escriba el número de caso en el espacio proporcionado, si recibe ayuda de cualquiera de los siguientes Programas: Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Minnesota Family Investment Plan (MFIP), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) si es aplicable.

PARTE 2 Compartiendo la Información con Programas de Cuidados de Salud de Minnesota – Los niños que califiquen para recibir beneficios para comidas escolares pueden también calificar para Programas de Cuidados de Salud de Minnesota. El estatus de elegibilidad de sus hijos para alimentos escolares (alimentos gratuitos o a precio reducido) puede ser compartido con los Programas de Salud de Minnesota a menos que usted nos diga lo contrario. No es necesario que usted comparta esta información para este propósito y su decisión no afectará la aprobación de los beneficios para los alimentos escolares.

PARTE 3 Escriba la fecha de nacimiento, apellido, nombre, grado, escuela e ingresos de cada estudiante inscrito en la escuela. Los ingresos a reportar incluyen el sueldo del estudiante, salario y el SSI del estudiante. Escriba "0" si no recibe un ingreso. No incluya los ingresos que sólo son ocasionales, como el cuidado de niños o la siega del césped.

PARTE 4 Escriba el apellido y nombre de TODAS las personas que viven en su hogar, pero NO incluya el nombre de los estudiantes de la PARTE 3. Hogar se refiere al grupo de personas, ya sean parientes o no, que viven y actúan como una unidad económica compartiendo gastos tales como: renta, ropa, comida, cuentas médicas, y facturas de servicios. Si el individuo no tiene ingresos, usted debe escribir una X en la casilla junto al nombre de ese individuo. Escriba la frecuencia y el ingreso ANTES DE LAS DEDUCCIONES en la columna apropiada. Si el ingreso es "0", favor de explicar cómo se provee de comida y vivienda.

PARTE 5 Sume la cantidad total de personas que viven en su hogar anotadas en las Partes 3 y 4 y escriba ese número.

PARTE 6 Escriba su dirección y número de teléfono.

PARTE 7 Compartiendo información con Escuelas del Área de Osseo: Los niños que son elegibles para recibir beneficios de comidas escolares pueden ser elegibles para recibir tarifas reducidas o gratuitas en las Escuelas del Área de Osseo. El estado de elegibilidad de su hijo para las comidas escolares (calificadas para comidas gratis o a precio reducido) puede ser compartido con otros programas de Osseo Area School. No está obligado a compartir información para este propósito y su decisión no afectará la aprobación de los beneficios de comidas escolares.

PARTE 8 El adulto llenando la solicitud debe ingresar su Número de Seguro Social. Si usted no tiene un Número de Seguro Social, ponga una X en la casilla proporcionada.

PARTE 9 El adulto llenando la solicitud debe FIRMAR la solicitud y escribir su nombre y la fecha.

IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Por favor proporcione la siguiente información, esta información es utilizada para determinar si la institución esta cumpliendo con las leyes de los derechos civiles. Si esta información se deja en blanco, un representante de la institución deberá identificar la categoría étnica y racial de los participantes para los reportes de los derechos civiles.

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS, DIFÍCILES DE LEER, O INCORRECTAS DEMORARÁN LA ENTREGA DE BENEFICIOS.

AVISO: Si usted actualmente es parte del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), Sustento de Alimentos (SNAP), MFIP, o FDPIR, su(s) hijo(s) inscrito(s) puede(n) calificar para comidas gratis. La Asistencia Médica no califica.

SOLICITANDO BENEFICIOS: Usted puede aplicar para solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no califica ahora, pero en el futuro su ingreso baja, pierde su trabajo, el tamaño de su familia crece, o usted califica para beneficios de SNAP, MFIP o FDPIR, usted puede llenar una aplicación en ese momento.

SIN DISCRIMINACIÓN: Los niños que reciben comidas gratis o a precio reducido deben ser tratados de la misma manera que aquellos niños quienes pagan por sus comidas.

VERIFICACIÓN: Si usted somete una solicitud y es aprobada, la solicitud debe ser verificada por el distrito y/o el Departamento de Educación de MN en cualquier momento durante el año escolar. Los oficiales escolares pueden pedir documentación para demostrar que su(s) hijo(s) califica(n) para recibir comidas gratis o a precio reducido. El estatus de elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratis o a precio reducido puede ser verificado con cualquier información disponible para este propósito, incluyendo información del Departamento de Seguridad Económica, Departamento de Hacienda, y Servicios Humanos de MN.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: La solicitud debe tener el número de seguro social del adulto que firma. Esto es requerido por la Ley Nacional de Almuerzos Escolares. Si el adulto no tiene un número de seguro social, marque la casilla proporcionada para mostrar que el adulto no tiene un Número de Seguro Social. Si tiene un número de caso de Estampillas de Alimentos, MFIP o FDPIR, o si la solicitud es para un niño en hogar temporario, no es necesario un Número de Seguro Social.

DECLARACIÓN DEL ACTA DE PRIVACIDAD/ CÓMO SERÁ UTILIZADA LA INFORMACIÓN: El Acta Nacional de Almuerzos Escolares Richard B Russell requiere esta información en la aplicación. Usted no tiene que dar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar su aplicación para almuerzo gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro de la familia que firme la aplicación. El Número de Seguro Social no es necesario cuando usted está aplicando a nombre de un niño en hogar temporario, o si usted está proporcionando un número activo de Asistencia Alimentaria MFIP, SNAP o FDPIR, o que usted indique que el miembro de la familia que está firmando la aplicación no tiene un número de Seguro Social.

Sólo los funcionarios autorizados tendrán acceso a la información que usted proporciona en este formulario. Nosotros utilizaremos su información para determinar si su hijo califica para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido, y para programas de administración y cumplimiento de comidas escolares. Puede que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarlos a evaluar, recaudar fondos, o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisiones de programas y oficiales de la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de programas. Requerimos su consentimiento por escrito antes de compartir esta información para otros propósitos.

Por favor, proporcione la información solicitada acerca de la raza de los niños y la identidad étnica. Esta información no es necesaria y no afecta la aprobación de los beneficios del programa. Utilizamos los porcentajes de participantes en cada categoría racial / étnica para verificar que nuestro programa es operado de manera no discriminatoria de acuerdo con las leyes federales de derechos civiles. En los distritos públicos escolares, el estatus de elegibilidad de cada estudiante es registrado en un sistema computarizado a nivel estatal utilizado para reportar información al Departamento de Educación de Minnesota como lo requiere la ley estatal. El Departamento de Educación de Minnesota usa esta información para: (1) administrar programas estatales y federales; (2) calcular los ingresos compensatorios para las escuelas públicas y, (3) juzgar la calidad del programa educativo del estado.

La información proporcionada en este formulario puede ser compartida con los Programas de Cuidados de Salud de Minnesota, a menos que la persona que llene este formulario haya marcado la casilla en el paso número 2 para no compartir esta información con este propósito.

AUDIENCIA JUSTA: Usted puede hablar con las autoridades de la escuela si usted no está de acuerdo con la decisión sobre su solicitud o los resultados de la verificación. Usted también puede pedir una audiencia justa. Puede hacer esto al llamar o escribir a: Tom Pellegrino, 11200 93rd Avenue North, Maple Grove, MN 55369, (763) 391-7064.

INFORME DE INGRESOS

Ingresos de Trabajo	Incluya el salario total, propinas recibidas de su trabajo antes de deducir impuestos u otras deducciones. Incluya su ingreso neto si tiene su propio negocio, guardería o granja.
Ingresos de asistencia social, manutención de hijos, y pensión alimenticia:	Incluya el monto total recibido de asistencia pública, manutención de hijos, asistencia de adopción, y pensión alimenticia.
Ingreso de jubilación, seguro social y discapacidad:	Incluya el monto total recibido de pensión, beneficios de jubilación, pagos a los veteranos, seguro social, ingreso de seguridad suplementario (SSI), y discapacidad.
Ingresos por otros recursos:	Incluya el monto total recibido de otras fuentes incluyendo: retiros de cuentas de ahorro en efectivo; ingresos de rentas; ingresos por seguro de desempleo; contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar; intereses; dividendos; ingresos de patrimonios, fideicomisos, regalías, anualidades, e inversiones.

Solicitudes incompletas, difíciles de leer o incorrectas demorarán los beneficios. Hasta que su solicitud sea procesada, usted deberá proporcionar a su(s) hijo(s) con un almuerzo o darle(s) dinero para comprar el almuerzo de la escuela.

POR FAVOR PERMITA 10 DÍAS HÁBILES PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD. Nosotros le notificaremos por escrito sobre su estatus (gratis, reducido, denegado). Si usted tiene preguntas, por favor llame al Centro de Nutrición al (763) 391-7129 los días escolares desde las 7:00 a.m. to 3:00 p.m. días de colegio.

No podemos aceptar copias de Fax. Por favor envíe el original. Los programas de Nutrición Infantil le dirán cuando su solicitud haya sido aprobada para recibir comidas gratis o a precio reducido o si es denegada. No enviamos cartas de elegibilidad por fax para proteger la privacidad de la información.

GUÍA DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS:							
Utilice la gráfica de abajo para determinar si usted califica para participar del programa de alimentos gratuitos o a precio reducido. Este programa será efectivo desde el 1 de julio del 2020 hasta el 30 de junio del 2021.							
Personas En Hogar	Año	Mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal		
1	\$23,606	\$1,968	\$984	\$908	\$454		
2	31,894	2,658	1,329	1,227	614		
3	40,182	3,349	1,675	1,546	773		
4	48,470	4,040	2,020	1,865	933		
5	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092		
6	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251		
7	73,334	6,112	3,056	2,821	1,411		
8	81,622	6,802	3,401	3,140	1,570		
Por cada miembro de familia adicional:			\$8,288	\$691	\$346	\$319	\$160

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas a parte del Inglés. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.