

Solicitud de Beneficios Educativos - Año escolar 2017-18

Comidas escolares • Programas con financiamiento estatal y federal

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	Isleño 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?

Circule uno: **Sí** **No**

Asistencia Médica y WIC no califican.

Respondió **No** > Vaya al PASO 3.
PASO 4.

Respondió **Sí** > Escriba aquí en **NÚMERO DE**

CASO: SNAP MFIP FDIPIR luego vaya al

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.)

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 Ingresos netos después de los gastos del negocio. Mencione si es anual o mensual.	Asistencia pública, Manutención de menores, Pensión de Divorcio Pagos recibidos.	Cualquier otro ingreso Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc.			
	Salario bruto antes de las deducciones (No lo que lleva a casa).	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes			Mensual	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes
	\$	○ ○ ○ ○		\$	\$	○ ○ ○ ○	\$	○ ○ ○ ○		○ ○ ○ ○
	\$	○ ○ ○ ○		\$	\$	○ ○ ○ ○	\$	○ ○ ○ ○		○ ○ ○ ○
	\$	○ ○ ○ ○		\$	\$	○ ○ ○ ○	\$	○ ○ ○ ○		○ ○ ○ ○
	\$	○ ○ ○ ○		\$	\$	○ ○ ○ ○	\$	○ ○ ○ ○		○ ○ ○ ○

B. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del firmante o no SSN (requerido):

X X X - X X -

o No tengo 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.

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: _____