



Estimado Padre / Tutor:

Nuestras escuelas brindan comidas saludables todos los días. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos está permitiendo que las escuelas proporcionen comidas para el año escolar **2021-22** a través de una disposición del Programa Nacional de Almuerzos Escolares llamado la Opción de Verano Sin Costuras (SSO). Se ha emitido una exención para apoyar el acceso a comidas nutritivas mientras se minimiza la exposición potencial a COVID-19.

Nuestra escuela ha optado por utilizar esta exención y operar el SSO que nos permite proporcionar **comidas sin cargo para todos los estudiantes**. No se requiere una solicitud para recibir este beneficio de comida gratis.

Sin embargo, su (s) hijo (s) pueden calificar para beneficios adicionales como tarifas reducidas o la Transferencia Electrónica de Beneficios Pandémica (P-EBT), que es un beneficio nutricional de emergencia temporal federal que se carga en tarjetas electrónicas para que las familias compren alimentos. En las escuelas públicas, su solicitud también ayuda a la escuela a calificar para recibir fondos y descuentos para la educación.

Para postularse, ingrese en línea a www.schoolcafe.com y haga clic en "aplicar" o complete la Solicitud de Beneficios Educativos adjunta siguiendo las instrucciones. Se deben enviar nuevas solicitudes cada año. Envíe su Solicitud de Beneficios Educativos completada a: Escuelas del Área de **Stillwater Area Schools, Nutrition Services Department, 1875 South Greeley Street, Stillwater, MN 55082, Email: foodservice@stillwaterschools.org or Fax: 651-351-8384.**

¿Quién debe completar esta solicitud? Los niños de hogares que participan en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), y los niños de crianza temporal, sin hogar, migrantes y fugitivos pueden obtener comidas escolares gratuitas sin informar al hogar ingreso. Alternativamente, los niños pueden recibir comidas escolares gratuitas si el ingreso de su hogar está dentro del ingreso máximo que se muestra para el tamaño de su hogar en las instrucciones.

COMMON QUESTIONS:

Yo recibo WIC o Asistencia Médica ¿Pueden mis hijos recibir comidas escolares gratuitas? Los niños en hogares que participan en WIC o Asistencia Médica, pueden ser elegibles para comidas escolares gratuitas. Por favor llenar una solicitud.

¿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).

¿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 o a precio reducido.

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

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

¿Cómo se mantendrá la información? La información que usted proporcione en el formulario, y la aprobación de su hijo para recibir beneficios de comidas escolares, serán protegidas como datos privados. Para obtener más información, consulte la última página de la Solicitud de Beneficios Educativos.

¿Si yo no califico ahora puedo solicitar después? Sí. Por favor completar una solicitud en cualquier momento si bajan sus ingresos, el tamaño de su familia aumenta, o si comienza a recibir beneficios SNAP, MFIP o FDPIR. Por favor proporcione la información solicitada acerca de la identidad racial de los niños y el origen étnico, lo que ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Esta información no es necesaria para la aprobación de los beneficios de comidas escolares.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame a Stillwater Schools Nutrition Services Department 651-351-8326.

Atentamente,

Kelley Linquist

Supervisor of Nutrition Services

2021-22

Cómo completar la solicitud de beneficios educativos - Opción perfecta de verano

Complete el formulario de Solicitud de beneficios educativos para el año escolar 2021-22 si alguno de los siguientes se aplica a su hogar:

- Cualquier miembro del hogar participa actualmente en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o
- El hogar incluye uno o más niños adoptivos (una agencia de bienestar social o un tribunal tiene la responsabilidad legal del niño) o
- El ingreso total de los miembros del hogar se encuentra dentro de las pautas que se muestran a continuación (**ingresos brutos antes de las deducciones, no pago neto**). No incluya como ingresos: pagos por cuidado de crianza, beneficios educativos federales, pagos MFIP o el valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC o FDPIR. Militar: No incluya el pago por combate ni la asistencia de la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares. Las pautas de ingresos entran en vigencia desde el 1 de julio de 2021 hasta el 30 de junio de 2022.

Ingreso total máximo

Tamaño de la unidad familiar	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos veces al mes	\$ Cada 2 semanas	\$ Por semana
1	23,828	1,986	993	917	459
2	32,227	2,686	1,343	1,240	620
3	40,626	3,386	1,693	1,563	782
4	49,025	4,086	2,043	1,886	943
5	57,424	4,786	2,393	2,209	1,105
6	65,823	5,486	2,743	2,532	1,266
7	74,222	6,186	3,093	2,855	1,428
8	82,621	6,886	3,443	3,178	1,589
Agregar por cada persona adicional	8,399	700	350	324	162

Paso 1 Niños

Enumere a todos los bebés y niños en el hogar, su escuela y grado, si corresponde, y fecha de nacimiento. Adjunte una página adicional si es necesario para enumerar a todos los niños. Marque la casilla si un niño está en cuidado de crianza (una agencia de asistencia social o un tribunal tiene la responsabilidad legal del niño).

Paso 2 Número de caso

Si algún miembro del hogar participa actualmente en el Programa de Asistencia Nutricional Especial (SNAP), el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP) o el Programa de Distribución de Alimentos (FDPIR) en Reservas Indígenas, escriba su número de caso y luego vaya al Paso 4. Si lo hace No participe en ninguno de estos programas, deje el Paso 2 en blanco y continúe con el Paso 3. Los programas WIC y Medical Assistance (MA) no califican para este propósito.

Paso 3 Paso 3: Últimos 4 dígitos del número de seguro social / Ingresos de niños y adultos

- **Número de seguro social / Total de miembros del hogar.** Un miembro adulto del hogar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene un número de Seguro Social. Enumere el total de miembros del hogar, incluidos todos los niños y adultos en el hogar.
- **Ingresos del niño.** Si algún niño en el hogar tiene ingresos regulares, como SSI o trabajos a tiempo parcial, indique la cantidad total de ingresos regulares que reciben todos los niños y marque la casilla para la frecuencia: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual. No incluya ingresos ocasionales como cuidar niños o cortar el césped.
- **Ingresos de adultos.** Informe los nombres de los miembros adultos del hogar y los ingresos obtenidos en esta sección.
 - Enumere todos los adultos que viven en el hogar (todos los que no figuran en el Paso 1), sean parientes o no, como abuelos, parientes o amigos. Incluya a cualquier adulto que esté temporalmente fuera de casa, como un estudiante en la universidad. Adjunte otra página si es necesario.
 - **Ingresos brutos del trabajo.** Para cada ingreso, marque la casilla para mostrar con qué frecuencia se recibe el ingreso: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensualmente.
 - **Indique los ingresos brutos antes de las deducciones,** no el salario neto. No incluya un salario por hora. Para los adultos sin ingresos que declarar, ingrese un "0". Esta es su certificación (promesa) de que no hay ingresos que declarar para estos adultos. Para el trabajo estacional, escriba el ingreso anual total.
 - **Trabajo por cuenta propia o ingresos agrícolas.** Enumere los ingresos netos por año o mes después de los gastos comerciales. Una pérdida de trabajo agrícola o por cuenta propia debe figurar como ingreso "0" y no reduce otros ingresos.
 - **Todos los demás ingresos brutos.** Enumere los ingresos brutos antes de las deducciones de cualquier otra fuente, como SSI, desempleo, manutención infantil, asistencia pública, seguridad social, ingresos por alquiler o anualidades.

Paso 4 Firma e información de contacto Firma e información de contacto Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario. Si no desea que su información se comparta con los programas de atención médica de Minnesota, marque la casilla "No compartir" en el Paso 4.

Opcional: proporcione la información sobre origen étnico y raza que se solicita en la segunda página del formulario. Esta información no es necesaria y no afecta la aprobación de los beneficios de comidas escolares. La información ayuda a asegurarnos de que estamos cumpliendo con los requisitos de derechos civiles y sirviendo plenamente a nuestra comunidad.



Solicitud de Beneficios Educativos 2021-22 - Opción de Verano Perfecta

Envíe su Solicitud de Beneficios Educativos completada por correo electrónico o correo postal:

Correo: **Stillwater Area Schools Nutrition Services** • 1875 S. Greeley St. • Stillwater, MN 55082 Correo Elctronico: foodservice@stillwaterschools.org

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	Islaño del Pacífico	Blanco
						<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"/>	

* 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.

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

SNAP **MFIP** **FDPIR** luego vaya al PASO 4.

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	Mensual	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	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. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del firmante o no SSN

(requerido):

- - 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
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Paso 4 Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que se reportan todos 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: _____

¿Es necesaria 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 4 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.

Office Use Only: Verification

Date Verification Sent: _____ Response Due: _____ 2nd Notice: _____

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

Reason for Change: Income Case number not verified Foster not verified Refused Cooperation Other: _____

Signature of Confirming Official: _____ Date: _____ Signature of Verifying Official: _____ Date: _____