

# 2019 - 2020 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 FPIR Si usted recibe ahora beneficios de Apoyo de Alimentos (SNAP), MFIP, o FPIR, escriba su número de CASO y marque el programa. **NO SU NÚMERO DE ASISTENCIA MÉDICA**

SNAP  MFIP  FPIR

CASO:

**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 ingres ( **M** = Mensual, **W** = Semanal, **2W** = Cada dos semanas, o **2M** = Cada dos meses) marcando el círculo apropiado

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

**¿Sabía usted que si califica para comidas gratis o reducidas, también puede recibir honorarios gratuitos o reducidos por otros programas relacionados con la escuela?**  
**Si marca esta casilla:** Child Nutrition podrá revelar su elegibilidad de comida gratis / reducida a otros funcionarios escolares apropiados con el propósito de recibir asistencia o una exención para otros programas relacionados con la escuela.  
**Al dejar la casilla en blanco:** Significa que otros programas de Osseo Area School no tendrán acceso a su elegibilidad, y será su responsabilidad proporcionar esta información a ellos para recibir los honorarios exentos o reducidos.

**7 COMPARTE MI INFORMACIÓN**

**8**   **NO TENGO SSN**

Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social del Adulto

**FIRMA:** Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si la Parte 4 es llenada, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social. Escriba el número o marque la casilla de "NO TENGO SSN". (Vea la Declaración del Acta de Privacidad al dorso de esta página.)

**\* FIRMA REQUERIDA**

**9**  **X**

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:  -

NOMBRE:

APELLIDO:

**IF REPRODUCED, THIS APPLICATION WILL NOT WORK IN SOFTWARE**

MMDDAA

**FECHA FIRMADO**

**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 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.