



Benson Public Schools

ISD #777

1400 Montana Ave., Benson, MN 56215

Phone: 320.843.2710 • Fax: 320.843.2262

www.benson.k12.mn.us

"Exceptional Opportunities for Every Student's Success"

Discovery Kids Meal Program

20 de agosto de 2020

Estimados Padre/Tutor:

Proporcionamos comidas nutritivas todos los días para los niños en nuestro centro.

El Programa de Alimentación para Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program - CACFP) ayuda a nuestro centro a pagar por las comidas. La cantidad de ayuda que recibimos depende de los ingresos de los hogares con niños bajo cuidado. **Por favor complete el formulario de Declaración de Ingresos del Hogar del CACFP adjunto** siguiendo las instrucciones. Si su ingreso familiar es superior a las directrices que figuran en la página de instrucciones, por favor escriba "sobre el ingreso" en la Declaración de Ingresos del Hogar, incluyendo los nombres de sus hijos, y regresar el formulario.

Regrese su Declaración de Ingresos del Hogar completa a: **Janelle Simmonds, Benson Public Schools, 1400 Montana Avenue, Benson, MN 56215**

Yo ya recibo beneficios MFIP o SNAP. ¿Reúno los requisitos de ingresos CACFP? Sí. Sólo tiene que proporcionar su número de caso en el formulario si alguien en su hogar ha sido aprobado para uno de estos programas: *Programa de Inversión Familiar de Minnesota (Minnesota Family Investment Program - MFIP)*, *el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP)* o *el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations - FDIPIR)*.

También los hijos de crianza cumplen con las pautas del CACFP sin proporcionar información sobre los ingresos.

Su hogar puede que cumpla con los requisitos de ingresos de CACFP si está aprobado para el programa de *Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants and Children - WIC)* o el programa de *Asistencia Médica (Medical Assistance - MA)*. Por favor completar una Declaración de ingresos del Hogar.

¿A quién debo incluir como miembros del hogar? Inclúyase usted mismo y todas las demás personas que viven en el hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Incluya cualquier persona que está temporalmente ausente, por ejemplo, un estudiante universitario.

¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual? Anote la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 al mes, pero se ausentó en el trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que recibe \$1,000 por mes. Incluya pago de horas extras si trabaja regularmente horas extraordinarias.

¿Tengo que dar mi número de Seguro Social? Si los ingresos familiares son reportados en el formulario, la persona que firma el formulario debe escribir tan sólo los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Si usted no tiene un número de Seguro Social, indíquelo en el formulario.

¿Puedo solicitar beneficios de alimentos si alguien en mi hogar no es ciudadano americano? Sí. Usted o sus hijos u otros miembros de la familia no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para completar la Declaración de Ingresos del Hogar CACFP.

¿Cómo se mantendrá mi información? Vamos a mantener su información en un archivo como datos privados. La última página de la forma tiene más información acerca de la privacidad de datos.

Si no soy elegible ahora ¿puedo solicitar más adelante? Sí. Por favor, complete el formulario de Declaración de Ingresos del Hogar en cualquier momento si sus ingresos disminuyen, el tamaño de su familia aumenta, o si comienza a recibir beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **320-843-2710**.

Cordialmente,

Dennis Laumeyer

Superintendente

Cómo completar la Declaración de Ingresos del Hogar CACFP

Complete la solicitud del *Programa Atención de Alimentos para Niños y Adultos - Declaración de ingresos del Hogar*, si cualesquiera de los siguientes corresponden en su hogar:

- Cualquier persona en su hogar que ya está aprobada para uno de estos programas: *Programa de Inversión Familiar de Minnesota* (MFIP), el *Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria* (SNAP) o el *Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias* (FDPIR). o
- Usted tiene uno o más *hijos de crianza* en el hogar (una agencia de bienestar o un tribunal tiene la responsabilidad legal por el niño). o
- Su *ingreso total del hogar* (ingresos antes de deducciones, *no* el salario que se lleva a casa) es menor o igual al ingreso que se indica a continuación para el tamaño de los hogares. Incluya todos los hijos de crianza como miembros de la familia. *No* incluya como ingresos: los pagos de cuidado de crianza, beneficios federales de educación, pagos de MFIP, o el valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC, o FDPIR. Militar: *No* incluya pago por combate o los pagos de la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada. Las pautas de ingresos son efectivas desde el 1 de julio de 2020, al 30 de junio de 2021.

Ingreso total máximo

Tamaño de la unidad familiar	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos veces al mes	\$ Cada 2 semanas	\$ Por semana
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
Agregar por cada persona adicional	8,288	691	346	319	160

Paso 1 Niños Indique todos los bebés y los niños en el hogar, su fecha de nacimiento y, en su caso, su grado y la escuela. Añada una hoja adicional si es necesario para incluir todos los niños. Rellene el círculo si un niño está bajo cuidado de crianza (una agencia de bienestar o un juzgado tiene la responsabilidad legal del niño). Por favor proporcione la información solicitada acerca de la etnia y la raza de cada niño. Esta información no es necesaria y no afecta la aprobación para los beneficios de comidas escolares. La información ayuda para asegurarnos de que estamos cumpliendo con los requisitos de derechos civiles y a servir plenamente a nuestra comunidad.

Paso 2 Número de caso Circule Sí o No para saber si cualquier miembro del hogar participa actualmente en alguno de los tres programas de intervención que se indican en el paso 2. Si la respuesta es Sí, escriba el número de caso y vaya al paso 4 (omitir el paso 3). Si su respuesta es No, continúe con el Paso 3. WIC y Asistencia Médica (M. A.) no califican para este fin.

Paso 3 Adultos / Ingresos / Últimos 4 dígitos del número Seguro Social

- Indique todos los adultos que viven en el hogar (todos los que no están listados en el paso 1) ya sean parientes o no, como los abuelos, otros familiares o amigos. Incluya cualquier adulto que se encuentra temporalmente fuera de casa, por ejemplo, un estudiante en la universidad. Añada otra página si es necesario.
- Indique los ingresos brutos antes de las deducciones, no el pago que lleva a su casa. No incluya una tasa de salario por hora. Para los adultos que no tienen ingresos que reportar, escriba un '0' o deje la sección en blanco. Esta es su certificación (promesa) que no hay ingresos que reportar para estos adultos.
- Para cada ingreso, rellene un círculo para saber con qué frecuencia se recibe el ingreso: cada semana, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.
- Para el ingreso agrícola o por cuenta propia solamente, indique los ingresos netos por año o mes después de los gastos del negocio. Una pérdida de la granja o trabajo por cuenta propia debe figurar como 0 ingresos y este no reduce otros ingresos.
- Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social - El miembro adulto del hogar que firma la solicitud debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla si no tienen un número de Seguro Social.
- Ingresos regulares de los niños - Si algún niño en el hogar tiene ingresos regulares, tales como SSI o trabajos a tiempo parcial, anote la cantidad total de los ingresos ordinarios recibidos por todos los niños. No incluya los ingresos ocasionales como cuidado de niños o cortar el césped.

Paso 4 Firma e información de contacto Un adulto debe firmar la solicitud.

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.

Nombre	Apellido	Edad	¿Matriculado o en este Centro? <small>En caso afirmativo, rellene el círculo.</small>	¿Hijo de Crianza? <small>(Una agencia o tribunal tiene la responsabilidad legal del niño.) En caso afirmativo, rellene el círculo.</small>	- Opcional - Etnia	- Opcional - Identidad racial <small>Rellene uno o más círculos por niño.</small>					
					¿Es el niño Hispano/Latino? <small>En caso afirmativo, rellene el círculo.</small>	Indio americano o Nativo de Alaska	Asiático	Negro o Afroamericano	Nativo de Hawái u otras islas 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"/>	<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"/>

Paso 2 ¿Algún miembro del hogar, incluido usted mismo, participa en la actualidad en cualquiera de estos programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDPIR? Marque una: **SÍ** **No**

Los pagos de asistencia médica y de WIC no cuentan. Respondió **No** > Vaya al PASO 3. Respondió **Sí** > Escriba aquí en **NÚMERO DE CASO**, luego vaya al PASO 4.

Paso 3 A. Indique todos los Miembros adultos del hogar incluyéndose a si mismo y reporte todos los ingresos. (Omita el paso 3, si su respuesta es "sí" al paso 2 o si todos los participantes son hijos de crianza.)

Adultos – Nombre completo <small>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.</small>	Pago Bruto de Trabajo <small>No escriba en un salario por hora.</small>				Granja o trabajo por cuenta propia	Asistencia pública, Manutención de Menores, Pensión de Divorcio				Cualquier otro ingreso						
	<small>Salario bruto antes de las deducciones (No lo que lleva a casa).</small>	<small>Semanal</small>	<small>Cada dos semanas</small>	<small>2 veces al mes</small>	<small>Mensual</small>	<small>Ingresos netos después de los gastos del negocio. Mencione si es anual o mensual.</small>	<small>Pagos recibidos.</small>	<small>Semanal</small>	<small>Cada dos semanas</small>	<small>2 veces al mes</small>	<small>Mensual</small>	<small>Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc.</small>	<small>Semanal</small>	<small>Cada dos semanas</small>	<small>2 veces al mes</small>	<small>Mensual</small>
	\$	<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. Últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social del firmante o no SSN (requerido):

-

 No tengo numero de Seguro Social.

C. ¿Alguno de los niños mencionados en el Paso 1 reciben ingresos regulares, tales como SSI o salarios?

Ingresos regulares TOTALES de los niños, de haber alguno:
 \$

 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 ingresos de los miembros del hogar. Entiendo que el centro recibe fondos federales en base a la información que yo proveo. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios y puedo ser procesado bajo las leyes aplicables.

Firma del Adulto Miembro del Hogar (requerida) _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Sponsor Use Only—Approved: A – Foster A - Case Number A – Income B – Income C Total Household Members: _____
 Effective Dates: From: _____ through _____ Sponsor Signature: _____ Date: _____ Total Income: \$ _____ per _____

Agricultor o Empleado Independiente

El ingreso neto es el ingreso *mensual* (después de deducir los gastos de negocios), Una pérdida de ingresos por trabajo de cuenta propia debe estar incluida como 0 ingreso y no reduce otros ingresos con el propósito de llenar este formulario.

Trabajador por temporada

El ingreso es el ingreso promedio bruto (antes de las deducciones, no salario que lleva a casa) durante el año. Escriba el ingreso bruto promedio por mes u otra frecuencia.

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.

Por favor proporcione la información solicitada sobre la raza e identidad étnica de los niños. Esta información no es necesaria y no afecta la aprobación de los beneficios del programa. Nosotros usamos los porcentajes de participantes en cada categoría racial/étnica para revisar que nuestro programa es operado de manera no discriminatoria en cumplimiento de las leyes federales de derechos civiles.

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (U.S. Department of Agriculture - 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 (Federal Relay Service) 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 Formulario de Queja de discriminación del Programa de USDA ([USDA Program Discrimination Complaint Form](#)) (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 (Pricing Program Only)

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

Result: No Change A to B A to C B to A B to C

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

Signature of Verifying Official: _____ Date: _____