



2023-24 Solicitud de Beneficios Educativos

Complete una solicitud por hogar para todos los niños. Utilice bolígrafo (no lápiz). Envíe por correo o devuelva el formulario completado a: (Información Escuela/Distrito) ISD 2397, 115 N. 5th St., Ste. 200, Le Sueur, MN. 56058

Paso 1: Indique Todos los integrantes del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (si se necesitan más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Definición: Un Integrante del Hogar es "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sea pariente." Para más información, lea *Cómo completar la solicitud de Beneficios Educativos*. Los adultos mayores de 12 años que vivan en el mismo hogar deben indicarse en el paso 3. Si sus niños asisten a diferentes distritos o colegios carácter/no públicos, devuelva una solicitud para cada uno de ellos.

Nombre del niño (Indique todos los niños del hogar)	IM	Apellidos del niño	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Hijo adoptivo (V)
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

Paso 2: ¿Alguno de los integrantes del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIIP o FDIPIR? La asistencia médica **no cumple** los requisitos. **Si es NO** > Vaya al Paso 3. Si es **SÍ** > introduzca el número de caso de SNAP, MFIIP o FDIPIR (entre 4 y 9 dígitos, no indique el número de la tarjeta EBT) _____ y luego vaya al Paso 4 (No complete el Paso 3)

Paso 3: Reporte los ingresos de todos los integrantes del hogar (Omita este paso si contestó "Si" al Paso 2)

A. Cuatro últimos dígitos del número de seguro social (SSN) del integrante adulto del hogar: XXX-XX-_____. O marque si el adulto **No tiene SSN:** Total de todos los integrantes del hogar (niños + adultos)

B. Ingresos de los niños.
A veces los niños del hogar ganan o reciben ingresos, tales como de un trabajo de medio tiempo o SSI. Por favor, incluya el total de los ingresos recibidos por todos los niños indicados en el Paso 1. No incluya los ingresos recibidos por los adultos en la casilla a la derecha.

Total de ingresos recibidos por todos los niños	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual
\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. **Todos los integrantes adultos del hogar (incluido usted).** Por cada integrante del hogar indicado, si reciben ingresos, indique únicamente los ingresos brutos totales. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0" o deje algún campo en blanco. Está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. ¿No está seguro de qué ingresos debe incluir aquí? Dé la vuelta a la página y consulte la sección "Fuentes de ingresos" para obtener más información. La sección "Fuentes de ingresos" le ayudará a rellenar "Ingresos de los niños" y "Todos los integrantes adultos de la unidad familiar".

Nombres de todos los adultos del hogar (nombre y apellidos)	Ingresos brutos del trabajo				¿Es usted trabajador independiente o agricultor?				Otros ingresos brutos			
	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	Report income before deductions or taxes in whole dollars (no cents).	Annual	Ingresos netos de la agricultura o del trabajo por cuenta propia. No duplicar en ningún otro sitio.	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	SSI, desempleo, asistencia pública, manutención de niños y otros en la página 2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____

Paso 4: información de contacto y firma de un adulto. "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que esta información se da en relación con la obtención de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables."

He marcado esta casilla si no deseo que mi información se comparta con el programa de asistencia médica de Minnesota según lo permite la ley estatal.

Nombre impreso del adulto que firma la solicitud _____ Teléfono de día _____

Dirección (si está disponible) _____ Apt# _____ Ciudad _____ CP _____

FIRME AQUI: Firma del adulto del hogar _____ Fecha _____

Do Not Fill Out: For School Office Use
Conversions to Annualize All Income:

X1	X2	X4	X6	X12
Annualize	Bi-weekly	2X Month	Weekly	Monthly
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

All Total Income
(Include child and adult income)
\$ _____

Determining Official Signature: _____ **Date:** _____
Confirming Official Signature: _____ **Date:** _____

Verified? Attach Tracker
 No change
 Free After Verified
 Reduced After Verified
 Denied

Household Size:
Categorical: Eligibility: Free: Reduced: Denied:



Le Sueur-Henderson Public Schools

Independent School District 2397

115 North Fifth Street, Suite 200

Le Sueur, MN 56058

Phone: (507) 665-4600 □ www.isd2397.org □ Fax: (507) 665-6858

COMPARTIENDO ESTADO DE ELEGIBILIDAD CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre / Tutor:

Para ahorrar tiempo y esfuerzo, su estado de elegibilidad de su Solicitud para Beneficios Educativos puede ser compartida con otros programas para los cuales su hijo (a) puede calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su estado de elegibilidad. El enviar esta forma no cambiará el que sus hijo (s) recibir comidas gratis o a precio reducido.

- ¡No! Yo no quiero que mi estado de elegibilidad de mi Solicitud para Beneficios Educativos sea compartido con alguno de estos programas.
- ¡Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan mi estado de elegibilidad de mi Solicitud para Beneficios Educativos **para todos los programas de Le Sueur-Henderson en estado gratis o precio reducido determina la estructura de tarifas.**
- ¡Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan mi estado de elegibilidad de mi Solicitud para Beneficios Educativos con programas ECFE y la preparación escolar para determinar los honorarios de clase / clase.
- ¡Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan mi estado de elegibilidad de mi Solicitud para Beneficios Educativos con el Director de Actividades co-curriculares para la exención de cuotas actividad.

Si marcó sí a cualquiera o todos los bloques de arriba, complete el siguiente formulario. Su estado de elegibilidad será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del niños (a): _____	Escuela: _____
Nombre del niños (a): _____	Escuela: _____
Nombre del niños (a): _____	Escuela: _____
Nombre del niños (a): _____	Escuela: _____
Nombre del niños (a): _____	Escuela: _____
Nombre del niños (a): _____	Escuela: _____

Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Imprima el nombre: _____

Domicilio: _____