

También se puede aplicar fácilmente en línea en www.ahschools.us/freereduced
2023 - 2024 Anoka-Hennepin Schools Solicitud de Beneficios Educativos
 Completar una solicitud por hogar. Por favor, use una pluma (no un lápiz).

PASO 1 — Todos los Estudiantes en el Hogar inscrito en Anoka-Hennepin Escuelas SOLAMENTE

ID del Estudiante (opcional)	Apellido Legal	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)	Grado	Marque la casilla si es de crianza
				M M D D Y Y		<input type="checkbox"/>
				M M D D Y Y		<input type="checkbox"/>
				M M D D Y Y		<input type="checkbox"/>
				M M D D Y Y		<input type="checkbox"/>
				M M D D Y Y		<input type="checkbox"/>

PASO 2 — Programas de Asistencia — Los números de casos de asistencia médica **no se pueden usar** para los beneficios.

¿Usted o alguien de los miembros del hogar participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP, or FDPIR?
 If YES, marque el programa correspondiente y escriba el número de caso a la derecha, luego continúe con el PASO 3 y omita el PASO 4. Si respondió NO, continúe con el PASO 3.

SNAP MFIP FDPIR

Número De Caso:

PASO 3 — Intercambio de Información

Deje la casilla en blanco para permitir que las tarifas del distrito escolar se eliminen o reduzcan para programas como atletismo y excursiones. Si se aprueban los beneficios de sus hijos, esta información también se puede proporcionar a los programas de Minnesota Health Care para determinar si puede ser elegible para MN Health Care.

No comparta mi información con Minnesota Health Care Programs o Anoka-Hennepin Programs.

PASO 4 — Otros Miembros del Hogar e Ingresos

A. A veces, los estudiantes en el hogar ganan o reciben ingresos, como los de SSI. Incluya el ingreso bruto TOTAL recibido por todos los estudiantes enumerados en el Paso 1 aquí.

Ingresos Brutos Estudiante	¿Frecuencia se paga?
	A W E T M
<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Enumérese a usted mismo, a otros miembros del hogar y a cualquier otro estudiante que no sea de Anoka-Hennepin a continuación. No incluya a los estudiantes que figuran en el Paso 1. Para cada miembro del hogar que figure en la lista, informe el ingreso bruto total de cada fuente en dólares enteros. Si un miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba 0. Si escribe "0" o deja los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay ingresos para informar.

Indique los ingresos brutos (antes de las deducciones) y con qué frecuencia se pagan: W = Semanal, E = Cada Dos Semanas, T = Dos Veces al Mes, M = Mensual

Otros nombres de miembros del hogar (Apellido, nombres) (Adultos, no estudiantes)	Ingresos brutos del trabajo (Antes de impuestos y deducciones)	¿Frecuencia se paga?					Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	¿Frecuencia se paga?					Pensiones / Jubilación / SSI / Otros Ingresos	¿Frecuencia se paga?							
		A	W	E	T	M		A	W	E	T	M		A	W	E	T	M			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tamaño total del hogar (Agregue estudiantes en el Paso 1 más todos los demás miembros del hogar enumerados en el Paso 4) Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del *** - ** - OR Marque aquí si no hay SSN

PASO 5 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables".

Firma del adulto que llenó este formulario Imprima nombre del adulto llenando este formulario Fecha de Hoy

Teléfono De Casa Teléfono Del Trabajo Correo Electrónico

Notas para uso de oficina:

Cómo Completar la Solicitud de Beneficios Educativos

Use estas instrucciones para ayudarse a completar la solicitud para recibir escolares gratuitas o a precio reducido. Solo tiene que enviar una solicitud por hogar, incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en **el distrito escolar de Anoka-Hennepin**. Se debe llenar la solicitud en su totalidad para que sus hijos califiquen. Cada paso de las instrucciones es el mismo que los pasos de su solicitud. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, **comuníquese con Nutrición Infantil al 763-506-1240**. USE UNA LAPICERA (NO UN LÁPIZ) CUANDO LLENE LA SOLICITUD Y ESCRIBA CLARAMENTE.

PASO 1: INCLUYA A TODOS LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DEL GRUPO FAMILIAR.

Indíquenos cuántos niños en edad escolar viven en su grupo familiar. NO necesariamente tienen que estar emparentados con usted para ser parte del grupo familiar. Si hay más niños presentes que renglones en la solicitud, adjunte una segunda hoja con toda la información que se solicita de los niños adicionales.

¿A quién debo incluir aquí? Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros del grupo familiar que:

- Sean niños de 18 años de edad o menores Y que se mantengan con los ingresos del grupo familiar;
 - Estén bajo su cuidado bajo un acuerdo de acogida temporal, o que califiquen como sin hogar, migrantes, fugitivos o Head Start.
- A) **Indique el nombre de cada estudiante.** Escriba el nombre de cada niño en imprenta. Use un renglón de la solicitud para cada niño. Cuando escriba los nombres, escriba una letra en cada casilla. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más niños presentes que renglones en la solicitud, adjunte una segunda hoja con toda la información que se solicita de los niños adicionales.
- B) **¿Tiene hijos adoptivos?** Si alguno de los niños de la lista es adoptivo, marque la casilla "Hijo adoptivo" junto al nombre del niño. Si la solicitud es ÚNICAMENTE para hijos adoptivos, después de terminar el PASO 1, vaya al PASO 4. Los niños adoptivos que viven con usted pueden contar como miembros del grupo familiar y debe incluirlos en su solicitud. Si la solicitud es tanto para niños adoptivos como no, vaya al paso 4.

PASO 2: ¿TIENE ALGÚN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR (INCLUYENDO USTED) UN NÚMERO DE CASO CON UNO DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS: PROGRAMA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SUPPLEMENTAL NUTRITION PROGRAM, SNAP/Cupones para alimentos), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES, TANF/MFIP), O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS PARA LAS RESERVAS INDÍGENAS (FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS, FDPPIR)? Los números de casos de Asistencia Médica no son elegibles.

SI NO HAY NADIE DE SU GRUPO FAMILIAR QUE PARTICIPE DE LOS PROGRAMAS ANTERIORES: omita este Paso y siga con el PASO 3.

SI HAY ALGUIEN DE SU GRUPO FAMILIAR QUE PARTICIPE EN ALGUNO DE LOS PROGRAMAS ANTERIORES: escriba el número de caso. Solo tiene que escribir un número de caso, incluso si participa en más de uno de los programas anteriores.

PASO 3: COMPARTIR INFORMACIÓN. Si la casilla se deja en blanco, podrá recibir ayuda con otros programas de Anoka-Hennepin, siempre y cuando califique para gratuitas o a reducido.

PASO 4: INCLUYA A OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR E INFORME SUS INGRESOS.

- A) Si su(s) hijo(s) recibe(n) ingresos como SSDI o SSI, indíquelo en la casilla e indique la frecuencia con que los recibe.
- B) **INCLUYA A TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR (incluido usted y los estudiantes enumerados en la Parte 1)** que viven con usted y comparten ingresos y gastos, incluso si no están emparentados e incluso si no reciben ingresos propios.
- **No incluya** a las personas que viven con usted pero que no se mantienen con los ingresos de su grupo familiar Y que no aportan ingresos a su grupo familiar.
 - **DECLARE LOS INGRESOS TOTALES** de cada miembro del grupo familiar. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote "0". Si anota "0" o deja en blanco alguno de los campos de ingresos, usted certifica (promete) que no hay ingresos que declarar. Marque la frecuencia con la que se recibe cada tipo de ingresos usando las casillas ubicadas a la derecha de cada campo.
 - Declare todas los montos en **INGRESOS BRUTOS ÚNICAMENTE**. Los ingresos brutos son los ingresos totales recibidos antes de impuestos y deducciones. Este no es el monto "que se lleva a casa".
 - ¿Qué pasa si trabajo por cuenta propia? Declare los ingresos de ese trabajo como un monto neto. Esto se calcula usando su Ingreso Neto de su 1040 más reciente, Anexo C, línea 37. Divida eso por 12 para obtener el monto mensual.
- C) **INFORME EL TAMAÑO TOTAL DEL GRUPO FAMILIAR.** Agregue a los estudiantes del Paso 1 a los miembros del grupo familiar incluidos en el PASO 4. Si hay algún miembro de su grupo familiar que no haya incluido en la solicitud, regrese y agréguelo. Es muy importante incluir a todos los miembros del grupo familiar, ya que el tamaño de su grupo familiar afecta su elegibilidad para recibir gratuitas o a reducido.
- D) **PROPORCIONE ÚNICAMENTE LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL.** Un miembro adulto del grupo familiar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social en el espacio provisto. Usted es elegible para solicitar beneficios incluso si no tiene un Número de Seguro Social. Si ningún miembro adulto del grupo familiar tiene un Número de Seguro Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha titulada "Marcar si no tiene un Número de Seguro Social (SSN)".

PASO 5: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Todas las solicitudes tienen que estar firmadas por un miembro adulto del grupo familiar. Al firmar la solicitud, ese miembro del grupo familiar se compromete que toda la información se ha informado de manera veraz y completa. **Antes de completar esta sección, asegúrese también de haber leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles al final de estas instrucciones.**

- A) **BRINDE SU INFORMACIÓN DE CONTACTO.** Si incluye un número de teléfono o una dirección de correo electrónico, nos ayudará a comunicarnos con usted rápidamente en caso de necesitarlo.
- B) **ESCRIBA SU NOMBRE EN IMPRENTA Y FIRME.** Escriba su nombre en imprenta en la casilla "Nombre en imprenta del adulto que completa el formulario" y firme con su nombre en la casilla "Firma del adulto que completa el formulario".
- C) **ESCRIBA LA FECHA DE HOY.** En las casillas proporcionadas.

ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA A 2727 N. FERRY ST, ATTN: CHILD NUTRITION, ANOKA, MN 55303

Esta institución es proveedora de oportunidades igualitarias.