

Instrucciones para Completar la Solicitud Alternativa de Beneficios Educativos

Complete la Solicitud alternativa de beneficios educativos para el año escolar 2023-24 si se aplica alguno de los siguientes:

Cualquier miembro del hogar participa actualmente en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), o El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), o

Uno o más niños en el hogar son niños de crianza (una agencia de asistencia social o un tribunal tiene responsabilidad legal por el niño), o

El ingreso total del hogar (ingresos brutos, no el salario neto) se encuentra dentro de estas pautas:

Ingreso Total Máximo

| Tamaño del hogar | \$ por año | \$ por mes | \$ dos veces al mes | \$ por 2 semanas | \$ por semana |
|------------------------------------|------------|------------|---------------------|------------------|---------------|
| 1 | 27,862 | 2,323 | 1,162 | 1,073 | 537 |
| 2 | 37,815 | 3,153 | 1,577 | 1,456 | 729 |
| 3 | 47,768 | 3,982 | 1,992 | 1,839 | 920 |
| 4 | 57,721 | 4,811 | 2,406 | 2,221 | 1,111 |
| 5 | 67,674 | 5,641 | 2,821 | 2,604 | 1,303 |
| 6 | 77,627 | 6,470 | 3,236 | 2,987 | 1,494 |
| 7 | 87,580 | 7,300 | 3,651 | 3,370 | 1,686 |
| 8 | 97,533 | 8,129 | 4,065 | 3,753 | 1,877 |
| Agregar por cada persona adicional | 9,953 | 830 | 415 | 383 | 192 |

Niños y Estado de Crianza Temporal: Enumere todos los niños en el hogar en la Sección 1.

- Indique que un niño está en crianza temporal marcando la casilla.
- Incluya cualquier ingreso regular, por ejemplo, ingreso de seguridad suplementario (SSI), para niños que no sean niños de crianza. No incluya ingresos ocasionales como el cuidado de niños. **Case Number:** Complete Section 2 if any household member currently participates in one of the programs listed in that section. If Section 2 is completed, skip Section 3 (adult names and incomes).

Adultos/Ingresos del hogar: enumere todos los miembros adultos del hogar, ya sea que estén relacionados o no, en la Sección 3. Incluya a un adulto que esté temporalmente fuera, como un estudiante universitario. No complete la Sección 3 si se proporcionó un número de caso en la Sección 2, o si la solicitud es solo para niños de crianza.

Enumere los ingresos brutos de cada miembro adulto del hogar (no el salario neto) y la frecuencia con la que recibe cada ingreso. Por ejemplo, "W" para Semanal.

- Enumere los ingresos brutos antes de las deducciones.
- Si un ingreso varía, enumere la cantidad que generalmente recibe.
- Solo para los ingresos agrícolas o de trabajo por cuenta propia, indique los ingresos netos después de restar los gastos comerciales.
- Ejemplos de "otros ingresos" para incluir en la última columna son trabajo agrícola/por cuenta propia, beneficios para veteranos y beneficios por discapacidad.
- Marque la columna "Sin ingresos" después del nombre de una persona si no tiene ingresos.

No incluya como ingreso: pagos de crianza temporal, beneficios educativos federales, pagos de MFIP, pago de combate o valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC, FDPIR o Military Privatized Housing Initiative.

Firma: El formulario debe estar firmado y fechado por un miembro adulto del hogar en la Sección 5.

Solicitud alternativa para beneficios educativos Año escolar 2024-25 Programas financiados por el estado y el gobierno federal

Marque esta casilla si desea optar por no completar este formulario.

1. Nombres de todos los niños en el hogar, incluidos los niños de crianza. Adjunte una página adicional si es necesario.

| Apellido | Nombre de pila | Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY) | Grado | Escuela | Marque si el niño adoptivo | Cualquier ingreso regular para el niño Ejemplo de SSI |
|----------|----------------|----------------------------------|-------|---------|----------------------------|--|
| | | | | | | \$ per |
| | | | | | | \$ Per |
| | | | | | | \$ Per |
| | | | | | | \$ Per |

2. Beneficios (si corresponde)

Si algún miembro del hogar recibe beneficios de uno de los programas enumerados a continuación, escriba el nombre de la persona y el número de caso, marque la casilla correspondiente y omita la Sección 3.

Nombre: _____ Número de caso: _____

- Programa de inversión familiar de Minnesota (MFIP) Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas

Asistencia Médica y WIC no califican.

El niño es responsabilidad legal de una agencia de asistencia social o de un tribunal. (Si todos los niños solicitados son niños de crianza, omita las Secciones 3 y 4).

3. Nombres de todos los adultos en el hogar (todos los miembros del hogar que no figuran en la Sección 1).

Incluya a todos los adultos que viven en su hogar, parientes o no. Adjunte una página adicional si es necesario.

| Nombres de todos los miembros adultos del hogar (nombre y apellido) | | Ganancias brutas de trabajar en trabajos | | | | | ¿Eres autónoma o agricultora? | | | Cualquier otro ingreso bruto | | | | |
|---|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|--------------------------|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Enumere a todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted mismo), incluso si no reciben ingresos. Incluya a los niños que están temporalmente en la escuela o en la universidad. | | Semana | Quincena | 2x Mes | Mensual | Informe los ingresos antes de deducciones o impuestos en dólares enteros (sin centavos). | Mensual | Anual | Utilidad neta de Granja o trabajo por cuenta propia. No duplicar en otro lugar. | Semana | Quincena | 2x Mes | Mensual | SSI, desempleo, asistencia pública, manutención infantil 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"/> | \$ |
| | | <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"/> | \$ |

Ingresos del hogar: escriba cada ingreso bruto y con qué frecuencia se recibe: semanal (W), quincenal (cada dos semanas) (BW), dos veces al mes (TM), mensual (M). No escriba el pago por hora. Si los ingresos fluctúan, escriba la cantidad que recibe normalmente. Adjunte una página adicional si es necesario.

4. Esta información se puede compartir con los Programas de atención médica de Minnesota para identificar a los niños que son elegibles para los programas de seguro médico de Minnesota. Deje la casilla en blanco para permitir el intercambio de información. Consulte la página 3 para obtener más información.

No comparta información con los Programas de atención médica de Minnesota.

Certifico (prometo) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, que se informan todos los miembros del hogar y los ingresos, que se presenta la solicitud para que la escuela pueda recibir fondos estatales en función de la información de la solicitud, que los funcionarios escolares pueden verificar la información de la solicitud y que la tergiversación deliberada de la información me puede someter a enjuiciamiento según los estatutos penales estatales y federales aplicables.

Firma del miembro adulto del hogar (obligatorio): _____ Fecha: _____

Imprimir nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Office Use Only

Total Household Size: _____ Total Income: \$ _____ per _____

Approved (check all that apply): Case Number – Free Foster – Free Income – Free Income – Reduced-Price

Denied: Incomplete Income Too High Other: _____

Signature – Determining Official: _____ Date: _____

Change Status To: _____ **Reason:** _____ **Withdrawn:** _____

Office Use Only

Date Verification Sent: _____ Response Due: _____ Second Notice: _____

Result: 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 Verifying Official: _____ Date: _____

Signature Confirming Official: _____ Date: _____

Declaración de la Ley de Privacidad/Cómo se utiliza la información

Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para el estado económico gratuito o de precio reducido para los informes estatales. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

En los distritos escolares públicos, el estado económico de cada estudiante también se registra en un sistema informático estatal que se usa para informar los datos de los estudiantes al Departamento de Educación de Minnesota, según lo exige la ley estatal. El Departamento de Educación de Minnesota usa esta información para: (1) administrar programas estatales y federales, (2) calcular los ingresos compensatorios para las escuelas públicas; y, (3) evaluar la calidad del programa educativo del estado.

Los niños que son elegibles para el estado económico gratuito o de precio reducido pueden ser elegibles para los Programas de atención médica de Minnesota. El estado de elegibilidad de su hijo puede compartirse con los Programas de atención médica de Minnesota, a menos que nos indique que no compartamos su información al marcar la casilla en la Sección 4 de la solicitud. No está obligado a compartir información para este propósito y su decisión no afectará el estado económico de su hijo según lo determinado en este documento.