



Estimados Padres/Tutores:

Nuestra escuela ofrece comidas sanas todos los días. Los costos del almuerzo NDA para 2022/2023 son:

**K-5 = \$3.95, 6-8 = \$4.10, Entrada Extra = \$2.60, Lado Adicional = \$1.25,  
Extra Leche/Almuerzo Frio Leche \$0.65, Adulto/Invitado \$4.95**

Es posible que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o de precio reducido. Para solicitar comidas escolares gratuitas o de precio reducido, llene la Solicitud de Beneficios Educativos adjunta según las instrucciones correspondientes. **Debe presentar una solicitud nueva cada año.** Su solicitud también ayuda a nuestra escuela a calificar para recibir fondos y descuentos educativos adicionales.

**Envíe su Solicitud de Beneficios Educativos completa a:**

Notre Dame Academy - ATTN: Food Services  
13505 Excelsior Blvd. Minnetonka, MN 55345

**¿Quién puede recibir comidas escolares gratuitas?** Los niños que viven en hogares que participan en los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Minnesota Family Investment Program (MFIP) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), hijos de crianza, sin hogar, inmigrantes y niños fugitivos pueden recibir comidas escolares gratuitas sin reportar los ingresos del hogar. O los niños pueden recibir comidas escolares gratuitas si el ingreso familiar está dentro del máximo que se muestra por el tamaño de su hogar en las instrucciones.

**Yo recibo WIC o Asistencia Médica ¿Pueden mis hijos recibir comidas escolares gratuitas?** Los niños en hogares que participan en WIC o Asistencia Médica, pueden ser elegibles para comidas escolares gratuitas. Por favor llenar una solicitud.

**¿A quién debo incluir como miembro de mi unidad familiar?** Inclúyase usted e incluya a todas las demás personas que vivan en su hogar, independientemente del parentesco (como abuelos, otros parientes o amigos).

**¿Puedo solicitar aunque un miembro de mi unidad familiar no sea ciudadano estadounidense?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para que los niños califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

**¿Qué sucede si no siempre gano lo mismo en ingresos?** Indique el monto que recibe normalmente. Si trabaja tiempo extra regularmente, también inclúyalo; pero no lo incluya si solamente lo hace ocasionalmente.

**¿Se verificará la información que yo suministre?** Sí; y también es posible que le pidamos que provea comprobante por escrito.

**¿Cómo se mantendrá la información?** La información que usted proporcione en el formulario, y la aprobación de su hijo para recibir beneficios de comidas escolares, serán protegidas como datos privados. Para obtener más información, consulte la última página de la Solicitud de Beneficios Educativos.

**¿Si yo no califico ahora puedo solicitar después?** Sí. Por favor completar una solicitud en cualquier momento si bajan sus ingresos, el tamaño de su familia aumenta, o si comienza a recibir beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Por favor proporcione la información solicitada acerca de la identidad racial de los niños y el origen étnico, lo que ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Esta información no es necesaria para la aprobación de los beneficios de comidas escolares.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame a 952-358-3500.

Atentamente,

*Dr. Bonita Jungels, Principal*

## Cómo completar la Solicitud para Beneficios Educativos

Complete la *Solicitud de Beneficios Educativos* para el año escolar 2022-23 si le aplica cualquiera de las siguientes condiciones le aplica:

- Cualquiera de los miembros de la unidad familiar participan actualmente en los programas Minnesota Family Investment Program (MFIP), Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o
- Uno o más de los niños de la unidad familiar son hijos de crianza (una agencia de beneficencia o un tribunal tienen responsabilidad legal por el niño), o
- El ingreso total de los miembros del hogar se encuentra dentro de las directrices que se muestran a continuación (los ingresos brutos antes de las deducciones, no se lleva a casa). No incluya como ingreso: pagos de cuidado temporal, beneficios federales de educación, pagos de MFIP, o el valor de la asistencia recibida de SNAP, WIC, o FDPIR. Militar: No incluya el pago por combate o asistencia de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar. Los requisitos de ingresos son efectivos a partir del 1º de julio de 2022 al 30 de junio de 2023.

Ingreso total máximo

Tamaño de la unidad familiar	\$ Por año	\$ Por mes	\$ Dos veces al mes	\$ Cada 2 semanas	\$ Por semana
1	25,142	2,096	1,048	967	484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Agregar por cada persona adicional	8,732	728	364	336	168

### 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.

### Pas 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.

## 2022-23 Application for Educational Benefits

Complete one application per household for all children. Please use pen (not a pencil). Mail or return completed form to: *(School/District Information)* \_\_\_\_\_

**STEP 1: List ALL Household Members who are infants, children, and students up to and including grade 12 (if more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper).**

**Definition:** A Household Member is "Anyone living with you and shares income and expenses, even if not related." Children in Foster care are eligible for free meals. Read *How to Complete the Application for Educational Benefits* for more information. Adults over grade 12 living in the same household should be reported in Step 3. If your children attend different districts or charter/nonpublic schools, return an application at each one.

Child's First Name (list all children in household)	MI	Child's Last Name	School	Grade	Birthdate	Foster Child (v)
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

**STEP 2: Do Any Household Members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, MFRP or FDPPIR? Medical assistance does not qualify. If NO > Go to STEP 3.**  
 If YES > Enter SNAP, MFRP or FDPPIR Case Number (between 4-9 digits, do not report EBT card number) \_\_\_\_\_ then go to STEP 4 (Do not complete STEP 3)

**STEP 3: Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered 'Yes' to STEP 2)**

**A. Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Adult Household Member: XXX-XX-** Or Check if Adult has No SSN:  **Total Number of All Household Members (Children + Adults)**

**B. Child Income.** Sometimes children in the household earn or receive income, such as from a part time job or SSI. Please include the TOTAL income received by all children listed in STEP 1. Do not include income received by adults in the box to the right.

Total Income Received by All Children	Weekly	Bi-weekly	2x Month	Monthly
\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. All Adult Household Members (including yourself):** For each Household Member listed, if they do receive income, report total gross income only. If they do not receive income from any source, write '0' or leave any fields blank. You are certifying (promising) that there is no income to report. Not sure what income to include here? Flip the page and review "Sources of Income" for information. "Sources of income" will help you with the Child Income section and All Adult Household Members section.

Names of All Adult Household Members (First and Last)	Gross Earnings from Working at Jobs				Are you Self-Employed or a Farmer?		Any Other Gross Income					
	Weekly	Bi-weekly	2x Month	Monthly	Monthly	Yearly	Net Income from Farm or Self-Employment. Do not duplicate elsewhere.	Weekly	Bi-weekly	2x Month	Monthly	SSI, Unemployment, Public Assistance, Child Support, and others on Page 2
List all Household members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. Include children who are temporarily away at school or in college.	<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"/>	<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"/>

**STEP 4: Contact information and adult signature.** "I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is give in connection with the receipt of Federal funds, and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws."  
 I have checked this box if I do not want my information shared with Minnesota Health Care Program as allowed by state law.

Printed name of adult signing form	Daytime Phone
Address (if available)	Ap# City Zip
<b>SIGN HERE: Signature of Household Adult</b> _____ Date _____	

  

<b>Do Not Fill Out: For School Office Use</b> Conversions to Annualize All Income:	X52	X26	X24	X12	X1	<input type="checkbox"/> <b>Verified? Attach Tracker</b>	No change	Free After Verified	Reduced After Verified	Denied After Verified
<b>All Total Income</b> (Include child and adult income)	Weekly	Bi-weekly	2X Month	Monthly	Annualize	<b>Household Size:</b>	<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"/>
<b>Determining Official Signature:</b> _____ <b>Date:</b> _____						<b>Confirming Official Signature:</b> _____ <b>Date:</b> _____				