

**Waconia Public School District**  
**512 Industrial Blvd., Waconia, MN 55387**

Estimados Padres/Tutores:

Our school provides healthy meals each day. The United States Department of Agriculture is allowing schools to provide meals for the 2021-22 school year through a provision of the National School Lunch Program called the Seamless Summer Option (SSO). A waiver has been issued in order to support access to nutritious meals while minimizing potential exposure to COVID-19.

Our school has chosen to use this waiver and operate the SSO which enables us to provide meals free of charge for all students. No application is required to receive this free meal benefit.

However, your child(ren) may qualify additional benefits such as reduced fees or the Pandemic Electronic Benefit Transfer (P-EBT) which is a federal temporary emergency nutrition benefit that is loaded onto electronic cards for families to purchase food. At public schools, your application also helps the school qualify for education funds and discounts.

To apply, complete the enclosed Application for Educational Benefits following the instructions. Return your completed Application for Educational Benefits to: Darlene Siegle, 512 Industrial Blvd., Waconia, MN 55387

Who should complete this application? Children in households participating in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Minnesota Family Investment Program (MFIP) or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), and foster, homeless, migrant and runaway children can qualify without reporting household income. Alternatively, children can qualify if their household income is within the maximum income shown for their household size on the instructions.

**¿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.

If you have other questions or need help, call Darlene Siegle at 952-442-0600.

Sincerely,  
Barbara Schank, Director of Nutritional Services, Waconia Public School District

## Cómo completar la Solicitud para Beneficios Educativos

Complete la *Solicitud de Beneficios Educativos* para el año escolar 2021-22 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 2021 al 30 de junio de 2022.

Ingreso total máximo

| Tamaño de la unidad familiar       | \$ Por año | \$ Por mes | \$ Dos veces al mes | \$ Cada 2 semanas | \$ Por semana |
|------------------------------------|------------|------------|---------------------|-------------------|---------------|
| 1                                  | 23,828     | 1,986      | 993                 | 917               | 459           |
| 2                                  | 32,227     | 2,686      | 1,343               | 1,240             | 620           |
| 3                                  | 40,626     | 3,386      | 1,693               | 1,563             | 782           |
| 4                                  | 49,025     | 4,086      | 2,043               | 1,886             | 943           |
| 5                                  | 57,424     | 4,786      | 2,393               | 2,209             | 1,105         |
| 6                                  | 65,823     | 5,486      | 2,743               | 2,532             | 1,266         |
| 7                                  | 74,222     | 6,186      | 3,093               | 2,855             | 1,428         |
| 8                                  | 82,621     | 6,886      | 3,443               | 3,178             | 1,589         |
| Agregar por cada persona adicional | 8,399      | 700        | 350                 | 324               | 162           |

### 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.
- 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 tienen 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. Si no desea que su información sea compartida con Los Programas de Atención de Salud de Minnesota, marque la casilla "No compartir" en el paso 4.



# Solicitud de Beneficios Educativos - Año escolar 2021-22 Seamless Summer Option

## Comidas escolares • Programas con financiamiento estatal y federal

**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.

| Primer nombre del niño | SN | Apellido del niño | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado | ¿Hijo de crianza?<br>(Una agencia o tribunal que tiene la responsabilidad legal del niño.)<br>En caso afirmativo, rellene el círculo. | Opcional - Es el niño Hispano/Latino?<br>En caso afirmativo, rellene el círculo. | Opcional - Identidad racial *<br>Rellene uno o más círculos por cada niño. |                       |                       |                       |        |
|------------------------|----|-------------------|---------------------|---------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
|                        |    |                   |                     |         |       |                                                                                                                                       |                                                                                  | Indio nativo americano                                                     | Asiático              | Afro-americano        | Isleño 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"/> |        |

\* Los nombres completos de las categorías raciales son: o Nativo de Alaska, Asiático, Negro o afroamericano, americano nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico, y blanco.

**Paso 2** ¿Alguno de los miembros del hogar, incluido usted mismo, participan actualmente en cualquiera de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDIPIR?

Círculo uno: ☐ Sí ☐ No Asistencia Médica y WIC no califican.

Respondió No > Vaya al PASO 3. Respondió Sí > Escriba aquí en NÚMERO DE CASO:  ☐ SNAP ☐ MFIP ☐ FDIPIR luego vaya al PASO 4.

**Paso 3** A. Incluya TODOS los Adultos Miembros del Hogar incluyéndose a usted mismo y reporte todos los ingresos. (Salte el PASO 3 si usted respondió "sí" al PASO 2 o si todos los participantes son hijos de crianza.)

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

(requerido):

☒ ☒ ☒ ☒ -     o ☐ No tengo número de seguro social.

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

TOTAL de ingresos regulares de los niños, en su caso:

| \$ | Semanal               | Cada dos semanas      | 2 veces al mes        | Mensual               |
|----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**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 esta información se provee en conexión con la recepción de fondos federales y estatales y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios y puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales aplicables. La información que proporcione puede ser compartida con los Programas de Atención de Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Programs) según lo permitido por la ley estatal, a menos que yo haya marcado esta casilla: ☐ No comparta mi información con los Programas de Atención de Salud de Minnesota.

Firma del miembro adulto del hogar (requerida) \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

**Office Use Only** Total Household Size: \_\_\_\_\_ Total Income: \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ Approved: ☐ Case Number - Free ☐ Foster - Free ☐ Income - Free

☐ Income - Reduced-Price Denied: ☐ Incomplete ☐ Income Too High Signature of Determining Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### ¿Es necesaria este formulario?

Este formulario debe ser completado para solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido, a menos que:

- (1) Su escuela ofrezca comidas gratis a todos los estudiantes de la escuela sin solicitudes de los hogares (Elegibilidad de Prestaciones para Comunidad, Provisión 2 o Provisión 3).
- (2) Se le haya notificado que sus hijos han sido directamente certificados para recibir beneficios de comidas escolares basadas en el estatus de cuidado de crianza o la participación en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias (FDPIR).

### 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.

En los distritos escolares públicos, el estatus de la comida escolar de cada estudiante se registra en un sistema informático utilizado en todo el estado para informar los datos del estudiante al Departamento de Educación de Minnesota (MDE) como lo requiere la ley estatal. El MDE utiliza esta información para: (1) Administrar los programas estatales y federales, (2) Calcular los ingresos compensatorios para las escuelas públicas, y (3) evaluar la calidad del programa educativo del estado.

La información proporcionada en este formulario puede ser compartida con los Programas de Atención de Salud de Minnesota, a menos que la persona que completa este formulario haya marcado la casilla en el paso 4 para no compartir la información para ese propósito.

#### OPTIONAL: Waiver of Confidentiality (we must have your permission to share your information)

To save you time and effort, your student(s) lunch eligibility status may be shared with other district staff for the purpose of financial aid assistance for which your child(ren) may qualify.

Allow my Child(ren)'s name and meal eligibility to be shared with: ☐-Community Ed Activities, ☐-MS/HS Activities,

☐-Community Ed Summer 2022, ☐-Kid's Co. Summer 2022

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

To file a program complaint of discrimination, you have two options: 1. Complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at Filing a Program Discrimination Complaint as a USDA Customer, [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) and at any USDA office; or, 2. Write a letter addressed to USDA; provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by one of the following methods:

- (1) Mail: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: 202-690-7442; or
- (3) Email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

### Office Use Only: Verification

Date Verification Sent: \_\_\_\_\_ Response Due: \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Notice: \_\_\_\_\_

Result: ☐ No Change ☐ 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 of Confirming Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature of Verifying Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# Does your child have health insurance? If not, help may be available.

Minnesota Health Care Programs have free and low-cost health insurance for children and families who qualify.

Your child may qualify if your household income is below:

| Family size | Monthly income | Yearly income |
|-------------|----------------|---------------|
| 2           | \$3,992        | \$47,905      |
| 3           | \$5,032        | \$60,390      |
| 4           | \$6,072        | \$72,875      |
| 5           | \$7,113        | \$85,360      |

Income is one factor for qualifying. Other rules and limits apply. For more information, call your county office or visit <http://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/>. These income limits are valid until June 30, 2022.

## To get a MNsure application for health coverage and help paying costs (DHS-6696):

■ Print one from <http://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/>

■ Call 877-KIDS-NOW toll free

■ Call

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**m MINNESOTA**

Attention. If you need free help interpreting this document, ask your worker or call the number below for your language.

የስተውሉ፡ ይህንን ደብዳቤ ለመተርጎም እርዳታ የሚፈልጉ ከሆኑ፡ የተሳየን ሰራተኛ ይጠይቁ ወይም በስልክ ቁጥር 1-844-217-3547 ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اطلب ذلك من مشرفك أو اتصل على الرقم 1-800-358-0377.

သတိ: ဤစာရွက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ သင့်လျော်သည့်အလုပ်သမား အားခမဲ့ဖြန့်ဖြူးသည့် ယူဂတ် 1-844-217-3563 ကိုခေါ်ဆိုပါ။

ຄំណត់សំគាល់: 1. ເພື່ອສູງສຸດການຊ່ວຍເຫຼືອການປະດິດສ້າງຂະໜານສູງສຸດ ລູກສູງສຸດສາມາດໄດ້ຊື້ ສາມາດສູງສຸດ ຫຼືສາມາດສູງສຸດ 1-888-468-3787 ຫາ.

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請告訴您的工作人員或撥打1-844-217-3564。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, demandez à votre agent chargé du traitement de cas ou appelez le 1-844-217-3548.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces nug koj tus neeg lis dej num los sis hu rau 1-888-486-8377.

ဟိသျှတ်သားဘဝတော်၊ ခံယူလိမ့်ဘဝတော်မဟုတ်ကတော့လိလောတော်ကတော့ဆဲခံယူလိမ့် တိလိမ့်မိတော့ဆဲခံယူလိမ့်၊သံကွဲဘဝတော်မဟုတ်ကတော့ဆဲခံယူလိမ့်တော်မဟုတ်ကတော့ဆဲခံယူလိမ့် 1-844-217-3549 တော်။

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 담당자에게 문의하십시오. 1-844-217-3565으로 연락하십시오.

ໂປຣຕຊາຍ. ຖ້າທ່ານ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພໍ, ຈົ່ງຖາມພະນັກງານກຳລັງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທໂປ 1-888-487-8251.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, hojjetoota kee gaafadhu ykn afaan ati dubbattuuf bilbili 1-888-234-3798.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, обратитесь к своему социальному работнику или позвоните по телефону 1-888-562-5877.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda qoraalkan, hawl wadeenkaaga weydiiso ama wac lambarka 1-888-547-8829.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, comuníquese con su trabajador o llame al 1-888-428-3438.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi nhân viên xã hội của quý vị hoặc gọi số 1-888-554-8759.

091-01-187

ADA# (2-18)



For accessible formats of this information or assistance with additional equal access to human services, write to [DHS.info@state.mn.us](mailto:DHS.info@state.mn.us), call 800-657-3739, or use your preferred relay service.