**2023-2024 Iowa Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido / leche** Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). **Lea "Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido" para obtener más información sobre cómo completar esta solicitud. Recibido Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 1** | **Haga una lista de TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12** (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja de trabajo suplementaria) |
| Definición de miembro del **hogar**: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no está relacionado". Los niños en **cuidado de crianza** y los niños que cumplen con la definición de **personas sin hogar**, **migrantes** o **fugitivos** son elegibles para recibir comidas gratuitas. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. | **Nombre del niño** | **MI** | **Apellido del niño** | **Fecha de nacimiento** | **Estudiante** | **Escuela de niños** | **Grado** | **Niño de crianza** | **Sin hogar, migrante, fugitivo** | **OPCIONAL**  |
| Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas / a precio reducido. |
| **Origen étnico** | **Raza** |
| **Sí** | **No** | **Marque todo lo que corresponda** | H=Hispano o LatinoN=No hispano/latino | A=Asiático W=BlancoI=Indio americano/nativo de AlaskaB=Negro/AfroamericanoP=Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 2** | **¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, FIP o FDPIR?** **Si es No, vaya al PASO 3. Si respondió Sí, escriba un número de caso aquí y luego vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3).** |
| **Escriba solo un número de caso en este espacio. Los números de tarjeta de Medicaid y EBT NO son aceptables.** | **Número de caso: \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ - \_ - \_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PASO 3** | **Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar** (omita este paso si respondió "Sí" al PASO 2) | **Aplicar en línea:** |
| **A. Número total de todos los miembros del hogar** (niños + adultos) |  | **B. Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN**) del miembro adulto del hogar **(últimos 4 dígitos)** | **XXX-XX- \_\_\_\_** | **C.** Verifique **No SSN** (adulto): |  |

|  |
| --- |
| **D. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéntete a ti mismo):** Enumere todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1**, incluso si no reciben ingresos.** Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que informar. Las solicitudes con campos de ingresos en blanco se procesarán como completas**. Si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja de cálculo suplementaria.** La sección de fuentes de ingresos para adultos le ayudará con los ingresos de adultos. Reporte todos los ingresos en montos enteros en dólares antes de deducciones o impuestos. |
| **Nombres de todos los miembros adultos del hogar** | **Ingresos brutos del trabajo/Todos los demás ingresos** | **Asistencia Pública Bruta / Manutención de los Hijos / Pensión Alimenticia** | **Pensión bruta /jubilación** |
|  | ¿Con qué frecuencia? (marque "X" en el cuadro) |  | ¿Con qué frecuencia? (marque "X" en el cuadro) |  | ¿Con qué frecuencia? (marque "X" en el cuadro) |
| Nombre y apellidos. Incluya a los niños que están temporalmente ausentes en la escuela o en la universidad. |  | Semanal | Quincenal | 2x Mes | Mensual | Anual |  | Semanal | Quincenal | 2x Mes | Mensual |  | Semanal | Quincenal | 2x Mes | Mensual |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |
| **E. Ingresos infantiles:** A veces los niños en el hogar ganan o reciben ingresos. Por favor, incluya el TOTAL de ingresos brutos ganados por todos los niños enumerados en el PASO 1 aquí. La sección de fuentes de ingresos para niños le ayudará con el ingreso del niño. | **Ingresos totales recibidos por todos los niños** | ¿Con qué frecuencia? (marque "X" en el cuadro) |
| Semanal | Quincenal | 2x Mes | Mensual | Anual |
| **$** |  |  |  |  |  |
| **PASO 4** | **Información de contacto y firma de un adulto** | **LA SEGUNDA PÁGINA CONTIENE MÁS INFORMACIÓN** |
| "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se reportan. 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 doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables". |
|  |  |  |
| **Firma del adulto que completa el formulario** | **Nombre impreso del adulto que completa el formulario** | **Fecha de hoy** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Dirección (si está disponible)** | **Apropiado. #** | **Ciudad** | **Estado** | **Cremallera** | **Teléfono diurno (opcional)** | **Correo electrónico (opcional)** |
| **NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO ESCOLAR** | **Devuelva el formulario completo a:** Southeast Valley Schools Building en Burnside, Dayton, Gowrie, Farnhamville  |
| Conversión anual de ingresos | x52Semanal | x26Quincenal | x242x Mes | x12Mensual | Anual | **Ingreso total:**  $\_\_\_\_\_\_ | Aplicación #: \_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ |
| **Tamaño de hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_** | ☐ APLICACIÓN PROPENSA A ERRORES |
|  |  |  |
| Firma y fecha efectiva del funcionario determinante | Firma y fecha del oficial confirmante | Firma y fecha de seguimiento de verificación |
| Aplicación | ☐ Ingreso ☐ Niño de crianza FIP/SNAP Head Start (se requiere confirmación) Personas sin hogar/Migrantes/Runaway-Local Se requiere confirmación oficial ☐ ☐ ☐  |
| Determinación de elegibilidad | ☐ Gratis  | ☐ Reducido |  ☐ Leche gratis | Aplicación denegada |  ☐ Incompleto |  ☐ Sobre los límites de ingresos |

|  |
| --- |
| **Seguro de salud de bajo costo para niños**Si sus hijos no tienen seguro médico, muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo para sus hijos. La ley requiere que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad de comidas gratuitas y a precio reducido con Medicaid y Hawki, el programa de seguro médico del estado para niños. Las escuelas privadas, los RCCI y las organizaciones de cuidado infantil pueden optar por compartir esta información. Específicamente, les daremos el nombre de su hijo, su nombre y dirección. Medicaid y Hawki solo pueden usar la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para un seguro de salud gratuito o de bajo costo y comunicarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comida gratuita o reducida para ningún otro propósito ni compartirla con ninguna otra entidad o programa. No está obligado a permitirnos compartir esta información, no afectará la elegibilidad de su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. **Si NO desea que su información se comparta con Medicaid o Hawki, debe informarnos completando la información a continuación.** Si desea más información, puede llamar a Hawki al 1-800-257-8563. Además, si ya está recibiendo Medicaid o Hawki, firme a continuación. Esto evitará otro contacto.Mi firma a continuación indica que NO QUIERO que los funcionarios escolares compartan información de mi solicitud de comida gratuita o a precio reducido con Medicaid o Hawki.**Nombre del padre/tutor (impreso)**\_\_\_**Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere la información sobre esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando usted solicita en nombre de un niño de crianza temporal o si enumera un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Inversión Familiar (FIP) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| Las solicitudes traducidas están disponibles en: [http://www.fns.usda.gov/school-meals/traduced-applications](http://www.fns.usda.gov/school-meals/translated-applications) |  |
| **Declaración de no discriminación**  del USDA: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, un demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja de discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea en: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf,](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del demandante con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe ser enviado al USDA por:1. **\* correo:**U.S. Department of AgricultureOffice of the Assistant Secretary for Civil Rights1400 Independence Avenue, SWWashington, D.C. 20250-9410; o
2. **fax:**(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

**\*No envíe solicitudes por correo a esta dirección, solo quejas de discriminación.**1. **Correo electrónico:**
2. program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. | **Declaración de no discriminación de Iowa:** "Es política de este proveedor de CNP no discriminar por motivos de raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, discapacidad, edad o religión en sus programas, actividades o prácticas de empleo según lo requerido por la sección 216.6, 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene preguntas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte de este proveedor de CNP, comuníquese con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, edificio de la Oficina Estatal de Grimes, 400 E. 14 th St. Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515- 281-4121, 800-457-4416; sitio web: https://icrc.iowa.gov/". |
| **Devuelva el formulario completo a:**Edificio de escuelas del Valle del Sureste en Burnside, Dayton, Gowrie, Farnhamville  |
| Las solicitudes traducidas están disponibles en: [http://www.fns.usda.gov/school-meals/traduced-applications](http://www.fns.usda.gov/school-meals/translated-applications)**Información de exención:** Si su(s) hijo(s) califica(n) para comidas gratuitas o a precio reducido, también puede ser elegible para otros beneficios. Si firma esta exención, su(s) hijo(s) serán considerados para una exención total o parcial de tarifas específicas, incluido el alquiler de libros de texto. Entiendo que publicaré información que demostrará que solicité comidas escolares gratuitas o a precio reducido para mi(s) hijo(s). Renuncio a mis derechos a la confidencialidad por exención de cuotas escolares SOLAMENTE. Certifico que soy el padre/tutor del niño (s) para quien se está haciendo la solicitud. NO TIENE QUE COMPLETAR ESTA EXENCIÓN PARA OBTENER COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO. Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date \_\_\_  |
|  |
|

| **Fuentes de ingresos infantiles** |  | **Ingresos del trabajo (fuentes de ingresos para adultos)** | **Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención de los hijos (fuentes de ingresos para adultos)**  | **Todos los demás ingresos (fuentes de ingresos para adultos)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Ingresos del trabajo
* Seguro Social (pagos por discapacidad y beneficios de sobrevivientes)
* Ingresos de personas ajenas al hogar
* Ingresos de cualquier otra fuente
 |  | * Salario, salarios, bonos en efectivo (antes de deducciones o impuestos)
* Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)
* Si usted está en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos:
	1. Salario básico y bonificaciones en efectivo (NO incluyen pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)
	2. Subsidios para vivienda, alimentos y ropa fuera de la base
 | * Asistencia en efectivo del gobierno estatal/local
* Seguridad de Ingreso Suplementario
* Prestaciones por desempleo
* Compensación del trabajador
* Pagos de pensión alimenticia o manutención infantil
* Beneficios para veteranos
* Beneficios de huelga
 | * Seguridad social
* Prestaciones por discapacidad
* Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios
* Anualidades
* Ingresos por inversiones
* Ingresos por alquiler
* Pagos regulares en efectivo desde fuera del hogar
 |

 |

**Hoja de trabajo suplementaria opcional 2023-2024 Iowa Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido / leche**

**Niños adicionales en su hogar** (no aparece en la página 1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del niño** | **MI** | **Apellido del niño** | **Fecha de nacimiento** | **Estudiante** | **Escuela de niños** | **Grado** | **Niño de crianza** | **Sin hogar, migrante, fugitivo** | **OPCIONAL**  |
| Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas / a precio reducido. |
| **Origen étnico** | **Raza** |
| **SÍ** | **NO** | H=Hispano o LatinoN=No hispano/latino | A=Asiático W=BlancoI=Indio americano/nativo de AlaskaB=Negro/AfroamericanoP=Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico |
| **Marque todo lo que corresponda** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Cualquier ingreso obtenido por los niños mencionados anteriormente debe incluirse en el Paso 3 D en la primera página de la solicitud.**

**Adultos adicionales en su hogar** (no aparece en la página 1)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres de todos los miembros adultos del hogar** | **Ingresos brutos del trabajo/Todos los demás ingresos** | **Asistencia Pública Bruta / Manutención de los Hijos / Pensión Alimenticia** | **Pensión bruta /jubilación** |
|  |  | ¿Con qué frecuencia? (marque "X" en el cuadro) |  | ¿Con qué frecuencia? (marque "X" en el cuadro) |  | ¿Con qué frecuencia? (marque "X" en el cuadro) |
| Nombre y apellidos. Incluya a los niños que están temporalmente ausentes en la escuela o en la universidad. |  | Semanal | Quincenal | 2x Mes | Mensual | Anual |  | Semanal | Quincenal | 2x Mes | Mensual |  | Semanal | Quincenal | 2x Mes | Mensual |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |
|  | **$** |  |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  | **$** |  |  |  |  |

**Cálculos de ingresos de trabajo por cuenta propia**

**Esta guía lo ayudará a calcular la cantidad a declarar si se dedica a la agricultura, trabaja por cuenta propia o tiene ingresos de otras fuentes.**

Las personas que trabajan por cuenta propia pueden usar los registros del impuesto sobre la renta del año calendario anterior como base para proyectar los ingresos netos del año en curso, a menos que el ingreso mensual actual proporcione una medida más precisa. Reporte los ingresos derivados de la empresa comercial menos los costos operativos incurridos en la generación de esos ingresos. Las deducciones por gastos personales, como intereses sobre pagos de vivienda, gastos médicos y otras deducciones no comerciales similares, no están permitidas para reducir el ingreso comercial bruto. Los ingresos adicionales de otros tipos de empleo deben tratarse como separados y aparte de los ingresos generados o perdidos de su empresa comercial. Por ejemplo, si operaba un negocio con una pérdida neta, pero tenía un empleo adicional por el cual se recibió un salario, los ingresos para fines de solicitar un precio reducido o comidas gratis serían solo los ingresos del salario. La pérdida del negocio no se puede deducir de un ingreso positivo obtenido en otro empleo. Para los propósitos de esta aplicación, no es posible reportar un ingreso negativo de cualquier empresa comercial. El menor ingreso posible es cero (sin ingresos). La información necesaria para llegar a los ingresos permitidos de la operación de negocios privados se puede tomar de su Declaración de impuestos sobre la renta individual más reciente de los Estados Unidos: Formulario 1040 o 1040-SR y Anexo 1. Sume los importes comunicados en las siguientes líneas:

Ganancia de capital o (pérdida) Formulario 1040 o 1040-SR, LÍNEA 7 $

Ingresos o (pérdidas) comerciales Anexo 1 Parte 1, LÍNEA 3 $

Otras ganancias o (pérdidas) Anexo 1 Parte 1, LÍNEA 4 $

Alquiler de bienes raíces, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc. Anexo 1 Parte 1, LÍNEA 5 $

Ingresos agrícolas o (pérdidas) Anexo 1 Parte 1, LÍNEA 6 $

TOTAL $ Ingreso bruto anual antes de cualquier deducción. Informe en el paso 3 bajo Todos los demás ingresos (**Ingresos mensuales calculados $** Ingresos brutos anuales ÷ 12)