Solicitud 2018-2019 de Iowa para comidas/leche en la escuela gratis o a precio reducido **Devuelva el formulario completo a:**

Complete una solicitud por familia. Por favor, utilice bolígrafo (no lápiz). Esta aplicación no puede ser aprobada a menos que presente la información completa de elegibilidad.

PASO 1 Enumere TODOS los miembros de su familia que sean bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo grado 12 (si requiere espacio para nombres adicionales, adjunte la hoja de trabajo suplementaria).

Definición del **miembro de familia**: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no están relacionados".

Los niños en **cuidado sustituto** y los niños que cumplan con la definición de **personas sin hogar, inmigrantes** o **que han huido**, son elegibles para recibir comidas gratis. Para mayor información, lea **Cómo solicitar comidas escolares gratuitas y a precio reducido.**

Primer nombre del menor	SN	Apellido del menor	Fecha de nacimiento	¿Estudiante? Sí	¿Estudiante? No	Escuela del menor	Grado	Hijo de crianza	Sin hogar, inmigrante, que ha huido

Marque todos los que correspondan

PASO 2 ¿Alguno de los miembros del hogar (incluido usted) en este momento participan en uno o más de los siguientes programas de asistencia?: ¿Asistencia alimentaria, FIP, o FDPIR?

Encierre sólo uno: Sí / No **No, vaya al PASO 3. Si su respuesta es Sí, escriba un número de caso aquí y vaya al paso 4 (No complete el PASO 3).**

Escriba solo un número de caso en este espacio. No se aceptan números de tarjeta Medicaid, Title XIX y EBT.

Número de caso: ___ ___ ___ ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ - ___

Si desea hacer su solicitud vía internet, vaya a

PASO 3 Informe de ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió "Sí" al PASO 2)

¿No sabe bien qué ingresos incluir aquí? Por favor lea **cómo hacer su solicitud para comidas escolares gratuitas y a precio reducido** para tener más información. La sección de **fuentes de ingresos para niños** le ayudará con la pregunta de **ingresos del niño**. La sección de **fuentes de ingresos para adultos** le ayudará con la sección de **todos los miembros adultos del hogar.**

A. Ingresos del menor

Los niños en el hogar a veces ganan o reciben dinero. Incluya aquí el ingreso bruto TOTAL de todos los miembros del hogar enunciados en el PASO 1.

Ingreso total del menor $ ____ ¿Con qué frecuencia? ○ Semanal ○ Quincenal ○ 2x por mes ○ Mensual

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted mismo)

Enumere todos los miembros del hogar no mencionados en el PASO 1 (incluido usted mismo) **así ellos no reciban ingresos.** Por cada miembro del hogar mencionado, si recibe ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) por cada fuente sólo en dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para reportar. Las aplicaciones con campos de ingresos en blanco serán procesadas como completas. **Si requiere más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja de trabajo suplementaria.**

Nombre de miembros adultos del hogar (Nombre y Apellido)	C. Ganancias de trabajo	¿Con qué frecuencia? Semanal	Quincenal	2x mes	Mensual	Anual	D. Asistencia pública/ Apoyo/Pensión alimenticia del niño	¿Con qué frecuencia? Sem.	Quincenal	2x mes	Mensual	E. Pensiones/Jubilación/ Cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia? Sem.	Quincenal	2x mes	Mensual
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

F. Miembros totales del hogar (Niños y adultos) ____

G. últimos cuatro dígitos del números del seguro social (SSN) de Principal asalariado u otro Miembro adulto del hogar X X X X X ____ **Marque si no tiene SSN** ☐

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de Fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) dicha información. Soy consciente de que si he dado información falsa de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales pertinentes".

Dirección de domicilio (si la tiene) **Apt. #** **Ciudad** **Estado** **Código postal** **Teléfono durante el día (opcional)** **Correo electrónico (opcional)**

Nombre impreso del adulto que completó el formulario **Firma del adulto que completó el formulario** **Fecha**

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO.

Fecha de recepción por parte de SFA: _____

Conversión de ingresos anuales: Semana x 52; Quincenal x 26; 2 veces al mes x 24; Mensual x 12

Ingreso familiar: $_____ ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Anual Tamaño del hogar: _____

Aplicación aprobada: ☐ Ingresos ☐ Hijo de crianza ☐ FIP/Asistencia alimenticia ☐ Head Start (requiere documentación) ☐ Sin hogar/Inmigrante/Huyó de casa-Requiere Documentación Oficial Local

Determinación de elegibilidad: ☐ Gratis ☐ Reducido ☐ leche gratis Aplicación rechazada: ☐ Incompleta ☐ Supera los límites de ingresos

Funcionario que toma la decisión _____ Fecha de entrada en vigor _____ Funcionario de confirmación _____ Fecha _____ Firma de seguimiento _____ Fecha _____

OPCIONAL **Identidad étnica y racial de los niños**

Tenemos la obligación de solicitar información sobre la etnicidad de sus hijos y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Completar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para que reciban comidas gratis o a precio reducido. Si no selecciona raza o etnicidad, se seleccionará una por observación.

Origen étnico (marque uno): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Raza (marque una o más): ☐ Amerindio o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico ☐ Blanco

Seguro médico de bajo costo para niños

Si sus hijos no tienen seguro de salud, muchas de las familias que reciben alimentación gratuita o a precio reducido también pueden obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo para sus hijos. La ley exige que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad para recibir alimentación gratis o a precio reducido con Medicaid y ***hawk-i***, el programa estatal de seguro médico para niños. Las escuelas privadas, RCCIs y organizaciones de cuidado para niños pueden optar por compartir esta información. En especial, les daremos el nombre de su hijo, su nombre y dirección. Medicaid y ***hawk-i*** sólo pueden utilizar la información para identificar niños que puedan ser elegibles para el seguro de salud gratis o de bajo costo y contactarle. Ellos no están autorizados para utilizar la información de esta solicitud de comidas gratis o a precio reducido para cualquier otro fin o para compartirlo con cualquier otra entidad o programa. Usted no está obligado a permitirnos compartir esta información, esto no afectará la elegibilidad de su hijo para comidas gratis o a precio reducido. **Si NO desea que su información sea compartida con Medicaid o *hawk-i*, debe decírnoslo completando la información a continuación.** Si desea mayor información, puede llamar a ***hawk-i*** al 1-800-257-8563. También, si usted ya está recibiendo Medicaid o ***hawk-i***, por favor firme abajo. Esto evitará otro contacto.

Mi firma a continuación indica que NO deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precio reducido con Medicaid o ***hawk-i***.

Nombre del padre / tutor (Impreso) _____ **Firma** _____ **Fecha** _____

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, exige la información en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si no presenta toda la información necesaria, no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas 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. Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social no se requieren cuando aplica en representación de un hijo de crianza o presenta una Asistencia Alimentaria (FA), un Programa de Inversión Familia (FIP), o un número de caso de Programa de Distribución de Alimentos o Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para el menor o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la aplicación no tiene número del seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores para revisión de programas, y funcionarios policiales para ayudarles a investigar violaciones a las normas del programa.

Declaración de no discriminación de 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), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados, e instituciones que participan en o administren los programas del USDA no pueden discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o tener represalias o venganzas por actividad previa a los derechos civiles en ningún programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, información en audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben contactar la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas diferentes de inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación en Programa USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y en dicha carta exponga toda la información solicitada en el formulario. Para obtener una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

(1) correo postal: U.S. Department of Agriculture
Oficina del secretario adjunto de derechos civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
(2) fax: (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

***use esta dirección únicamente si está presentando una**

Declaración de no discriminación de Iowa: "Es la política de este proveedor 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 exigido por la sección del código de Iowa 216.6, 216.7 y 216.9. Si tiene preguntas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte este proveedor CNP, por favor, contacte a la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, Grimes State Office building, 400 E. 14th St. Des Moines, IA 50319-1004; número telefónico 515-281-4121, 800-457-4416; página de internet: https://icrc.iowa.gov/."

Esta institución es un proveedor que fomenta la igualdad de oportunidades.

Hay solicitudes traducidas en: http://www.fns.usda.gov/school-meals/translated-applications

Información opcional de excención

Hoja suplementaria para la solicitud 2018-2019 de Iowa para comidas escolares gratuitas o a precio reducido

Niños adicionales en su hogar (no listados en la página 1)

Primer nombre del menor	SN	Apellido del menor	¿Estudiante? Sí	¿Estudiante? No	Escuela del menor	Grado	Marque todos los que correspondan. Hijo de crianza	Marque todos los que correspondan. Sin hogar, inmigrante, que ha huido
	☐		☐	☐			☐	☐
	☐		☐	☐			☐	☐
	☐		☐	☐			☐	☐
	☐		☐	☐			☐	☐

Cualquier ingreso obtenido por los niños mencionados anteriormente se debería incluir bajo el Paso 3 A en la primera página de la solicitud.

Adultos adicionales en su hogar (no listados en la página 1)

Nombre de adultos miembros del hogar (nombre y apellido)	Ganancias de trabajo	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual	Asistencia pública/ Manutención de niño /Pensión	¿Con qué Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Ingresos por Pensiones / Jubilación / Todos los demás	¿Con qué Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

Cálculo del impuesto sobre la renta para trabajadores independientes

Esta guía le ayudará a calcular la cantidad que debe declarar si se trabaja como agricultor, trabajador independiente, o tiene ingresos procedentes de otras fuentes.
Los trabajadores independientes pueden usar registros de impuestos 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 exacta. Informe ingresos derivados de negocios comerciales menos los costos operativos en que se incurre para la generación de ese ingreso. Deducciones de gastos personales tales como intereses sobre pagos de vivienda, gastos médicos y otras deducciones no correspondientes a sus negocios, no están permitidos en la reducción de ingresos brutos de la empresa. Los ingresos adicionales por otros tipos de empleo se deben tratar por separado y aparte de los ingresos generados o perdido de su empresa. Por ejemplo, si usted ha operado una empresa con una pérdida neta, pero ha mantenido un empleo adicional por el que ha recibido un salario, sus ingresos, para fines de solicitud de alimentación a precio reducido o gratuita sería solamente el ingreso del salario. Las pérdidas de la empresa no son deducibles de un ingreso positivo obtenido en otro empleo. Para esta solicitud no es posible informar un ingreso negativo de cualquier empresa. El menor ingreso posible es cero (sin ingresos). La información necesaria para llegar a un ingreso permisible de operaciones de empresa privada se puede obtener en su más reciente de Formulario 1040 de Declaración de Impuestos Individual de los Estados Unidos. Sume las cantidades reportadas en las siguientes líneas:

LÍNEA 12 $ _____ ingresos de empresa o (pérdida)

LÍNEA 13 $ _____ Ganancia o (pérdida) de capital

LÍNEA 14 $ _____ Otras ganancias o (pérdidas)

LÍNEA 17 $ _____ alquiler de inmuebles, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc.

LÍNEA 18 $ _____ ingresos de agricultura o (pérdida)

TOTAL $ _____ ingresos anuales brutos antes de deducciones.

Ingresos Mensuales Calculados $ _____ (ingreso bruto anual ÷ 12 = ingresos mensuales calculados).

Los ingresos calculados deben ser reportados en el paso 3 de la solicitud de alimentación escolar gratuita y a precio reducido, bajo todos los demás ingresos.