Solicitud de Iowa 2016 - 2017 para comidas/leche escolar gratuita y a precio reducido

Fecha de recepción: _____

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 más espacios 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 estén 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 niño	Inic.	Apellido del niño	¿Estudiante? Sí	¿Estudiante? No	Escuela del niño	Grado	Hijo en hogar sustituto	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, complete el paso 3. Si su respuesta es Sí, escriba un número de caso aquí y vaya al paso 4 (No complete el PASO 3).**

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

Número de caso: __ __ __ __ __ __ -- __ __ -- __ -- __

Nombre del miembro del hogar con número de caso: _____

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

Por favor, para mayor información lea **cómo solicitar comidas escolares gratuitas y a precio reducido**. Las 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. Ingreso del niño

A veces los niños obtienen ingresos en el hogar. Por favor, incluya el ingreso BRUTO total de todos los miembros del hogar enunciados en el PASO 1 aquí.

Total de ingreso del niño $ ____ ¿Con qué frecuencia? Semanal ○ Quincenal ○ 2x Mes ○ Mensual ○

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

Enumere todos los miembros del hogar que no haya mencionado en el PASO 1 (incluido usted) **incluso si no reciben ingresos.** Por cada miembro del hogar mencionado, si reciben ingresos, informe los ingresos brutos totales para cada fuente de ingresos únicamente en dólares enteros. 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 adultos miembros del hogar (nom. y apellido)	C. Ganancias de trabajo	¿Con qué frecuencia? semanal / quincenal / 2x Mes / Mensual	D. Asistencia Pública / Manutención/pensión aliment. niños	¿Con qué frecuencia? Semana / Quincenal / 2x Mes / Mensual	E. Pensiones/Jubilación/ Todos los ingresos adicionales	¿Con qué frecuencia? Semanal / Quincenal / 2x Mes / Mensual
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	

F. Total de miembros del hogar (Niños y adultos) ____

G. Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del Principal proveedor de ingresos 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 en esta solicitud es verídica y que todos los ingresos han sido reportados. 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 física (si la tiene) | **Apt. #** | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** | **Teléfono durante el día (opc.)** | **Correo electrónico (opc.)**

Nombre escrito del adulto que completó el formulario | **Firma del adulto que completó el formulario** | **Fecha**

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

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: ☐ Ingreso ☐ Hijo de crianza ☐ Asistencia FIP/Alimenticia ☐ Head Start (se requiere documentación) ☐ Sin hogar/Inmigrante/que ha huido-Se requiere documentación local oficial

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

Determinación oficial | Fecha efectiva | Funcionario de confirmación | Fecha | Firma de seguimiento | Fecha

OPCIONAL Identidad étnica y racial de los niños

Tenemos la obligación de solicitar información sobre la raza 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.

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

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** _____

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

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. El número de seguro social no es necesario cuando usted está presentando la solicitud en nombre de un hijo de crianza o usted escribe un número de caso de Asistencia Alimentaria (FA), Programa de Inversión Familiar (FIP) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de 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

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/."

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

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

Hay disposición de solicitudes traducidas en 34 idiomas, ingresado a:
http://www.fns.usda.gov/school-meals/family-friendly-application-translations

Hoja suplementaria de solicitud de Iowa 2016 - 2017 para comidas/leche escolar gratuita y a precio reducido

Niños adicionales en su hogar

Primer nombre del niño	Inic.	Apellido del niño	¿Estudiante? Sí	¿Estudiante? No	Escuela del niño	Grado	Marque todos los que correspondan. Hijo en hogar sustituto	Sin hogar, inmigrante, que ha huido

Adultos adicionales en su hogar

Nombre de adultos miembros del hogar (nombre y apellido)	Ganancias de trabajo	¿Con qué frecuencia?	Asistencia pública/ Manutención de niño /Pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia?	Ingresos por Pensiones / Jubilación / Todos los demás	¿Con qué frecuencia?
	$		$		$	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.

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN

Si su(s) hijo(s) califica(n) para comidas gratuitas o de precio reducido, usted también puede ser elegible para otros beneficios. Uno de estos beneficios es **(**book fees, preschool tuition, drivers education). Si firma esta exención, su(s) hijo(s) será(n) considerados para una exención total o parcial de (book fees, preschool tuition, drivers education). Entiendo que revelaré información que mostrará que he solicitado comidas gratuitas y de precio reducido en la escuela para mi(s) hijo(s). SÓLO renuncio a mis derechos a la confidencialidad para la exención de las cuotas de la escuela.

Certifico que soy el/la padre/madre/tutor del niño(s) para el(los) cual(es) se presenta la solicitud.

Firma del padre/madre/tutor _____Fecha _____

USTED NO TIENE QUE COMPLETAR ESTA DECLARACIÓN DE EXENCIÓN PARA OBTENER COMIDAS GRATUITAS O DE PRECIO REDUCIDO EN LA ESCUELA.