

**Columbus  
Community School District  
Columbus Junction, Iowa 52738**

Estimado padre/tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para poder aprender. **Columbus Community District** ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta \$1.25; el almuerzo cuesta \$2.25, y la merienda cuesta (si está disponible). Su hijo puede calificar para las comidas gratuitas o para las comidas de precio reducido. Precio reducido es \$ .30 para el desayuno, \$ .40, para el almuerzo y para la merienda, si está disponible.

1. **¿Tengo que completar una solicitud para cada niño todos los años?** Complete la Solicitud de Elegibilidad de Iowa para su familia indicando a todos los niños. Su solicitud servirá solamente para un año escolar y para los primeros pocos días de este año escolar. Cuando finaliza el período en curso, a menos que le notifiquen que su hijo está certificado directamente o que presente una solicitud aprobada, el niño debe pagar el precio total de las comidas escolares. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, de modo que asegúrese de completar toda la información requerida. **Regrese la solicitud completada: Jane Thomann, 1004 Colton Street, Columbus Junction, IA 52738.**
2. **¿Quién puede recibir las comidas?** Los niños en hogares que se encuentran en el Programa de Inversión Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o que reciben Asistencia Alimentaria pueden recibir las comidas gratuitas sin tener en cuenta el ingreso familiar. Los niños inscritos en Head Start/Even Start pueden recibir las comidas gratuitas sin tener en cuenta el ingreso. Además, sus hijos pueden recibir las comidas gratuitas si su ingreso familiar se encuentra dentro de los límites de "gratuito" en las Pautas Federales de Ingreso.
3. **¿Los niños adoptivos pueden recibir comidas gratuitas?** Sí, los niños adoptivos que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de adopción temporal o de un tribunal son elegibles para las comidas gratuitas. Cualquier niño adoptivo en la familia es elegible para las comidas gratuitas sin tener en cuenta el ingreso.
4. **¿Quién puede recibir leche de forma gratuita?** Si su escuela participa en el Programa Especial de Leche para los jardines de media jornada, su hijo de jardín puede ser elegible para recibir leche de forma gratuita. Los niños que compran leche adicional con una comida o si tienen una merienda con leche no son elegibles para recibir leche de forma gratuita.
5. **¿Los niños sin hogar, que se han escapado o migrantes pueden recibir las comidas gratuitas?** Sí. Llame **Chris Wulf, Columbus Community Schools, 319-728-2231 ext. 9400** para ver si sus hijos califican, si no le han informado que recibirán las comidas gratuitas.
6. **Alguien en su familia recibe Asistencia Alimentaria o FIP, ¿son elegibles todos los miembros de la familia en edad escolar para recibir las comidas gratuitas?** Sí. La elegibilidad para las comidas gratuitas se extiende a todos los niños en edad escolar de la familia.
7. **¿Quién puede recibir las comidas de precio reducido?** Su hijo puede recibir las comidas a bajo costo si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido en la Tabla de Ingresos Federales en el reverso de esta página.
8. **Actualmente recibo los beneficios de Asistencia Alimentaria o FIP, ¿tengo que completar una solicitud?** Quizás. Se han comparado los registros de inscripción escolar con los registros del Departamento de Servicios Humanos para identificar a los niños que son miembros de familias que reciben los beneficios de Asistencia Alimentaria o FIP. Si se identifica CUALQUIERA de sus hijos durante este proceso, todos sus hijos estarán directamente certificados como elegibles para recibir los beneficios de comidas gratuitas y la escuela le notificará sobre su elegibilidad. Los padres no necesitan hacer nada más para que sus hijos reciban los beneficios de las comidas gratuitas. Algunos niños elegibles pueden no ser identificados en este proceso. Las familias con niños que no fueron identificados deberán recibir un Aviso de Almuerzo Gratuito del DHS. Los niños que estén presentes en estas cartas recibirán los beneficios de comidas gratuitas solamente si los padres proporcionan la carta a la escuela. Las instrucciones para los padres están presentes en la carta. Usted puede agregar a cualquier alumno que viva en su familia que no esté presente. Las familias con un miembro actualmente certificado para recibir beneficios del Programa de Asistencia pueden presentar una solicitud para esos niños con la información resumida según se indica en la solicitud.
9. **¿Qué ocurre si mi ingreso no es siempre el mismo?** Indique el monto que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente recibe \$1000 por mes, pero el mes pasado perdió algunos trabajos y solamente recibió \$900, escriba que recibe \$1000 por mes. Si usted normalmente trabaja horas extras, incluya esta información, pero no la incluya si es solamente algunas veces.
10. **¿Se verificará la información que brindo?** Sí, podemos solicitarle que nos envíe una prueba por escrito. No se requiere que proporcione una prueba junto con su solicitud.
11. **Si no califico ahora, ¿puedo solicitarlo luego?** Sí. Usted puede solicitarlo en cualquier momento durante el año escolar si aumenta el tamaño de su familia, si disminuye su ingreso o si comienza a recibir Asistencia Alimentaria, FIP u otros beneficios. Si pierde su trabajo, sus hijos podrán recibir las comidas gratuitas o de precio reducido.
12. **¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Deberá comunicarse con los funcionarios de la escuela. Además, puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a **Gary Benda, Columbus Community School District Superintendent, 319-728-2231 ext. 3090**
13. **¿Puedo solicitarlo si alguien de mi familia no es un ciudadano de EE. UU.?** Si. Sus hijos no tienen que ser ciudadanos de EE. UU. para calificar para recibir las comidas gratuitas o de precio reducido.
14. **¿A quiénes debería incluir como miembros de mi familia?** Debe incluir a todas las personas que viven en su hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos), que compartan los ingresos y los gastos. Debe incluirse a usted y a todos los niños que viven con usted. Las familias que tienen hijos adoptivos y no adoptivos pueden elegir incluir al niño adoptivo como miembro familiar y también cualquier ingreso personal que gana el niño adoptivo. Si la familia adoptiva no es elegible para beneficios de comidas gratuitas o comidas de precio reducido, eso no impide que un niño adoptivo reciba beneficios de comidas gratuitas.
15. **Tengo WIC. ¿Mis hijos pueden recibir comidas gratuitas?** Los niños de familias que participan en WIC pueden ser elegibles para las comidas gratuitas o de precio reducido. Complete una solicitud.
16. **Estamos en el ejército, ¿debemos incluir el subsidio de vivienda como ingreso?** Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. Todos los demás subsidios se deben incluir en su ingreso bruto. Actualmente no hay Proyectos de Vivienda Militar activos en Iowa. Para obtener un listado de los Proyectos de Vivienda Militar por estado visite el siguiente sitio Web: <http://www.acq.osd.mil/housing/mhpl.htm>.

17. ¿Para qué otros beneficios podría ser elegible? Su hijo puede ser elegible para otros beneficios incluyendo *hawk-i* (seguro médico para el niño) o la renuncia a los honorarios escolares. Lea la información en el reverso de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa para obtener información sobre *hawk-i*. Hay un formulario de renuncia a los honorarios escolares en su escuela.
18. ¿Los niños con discapacidad pueden recibir reemplazos de alimentos? Si un niño tiene discapacidad, determinada por un médico con licencia, y la discapacidad impide que el niño ingiera la comida escolar común, la escuela realizará los reemplazos requeridos de acuerdo a la prescripción del médico con licencia. Si se requiere un reemplazo, no habrá cargos adicionales por esta comida. Tenga en cuenta, sin embargo, que la escuela no realiza reemplazos por alergia a alimentos, a menos que se determine la discapacidad. Llame a la escuela para obtener más información.
19. ¿Tengo que suministrar mi Número del Seguro Social? El miembro de la familia que recibe el salario principal, u otro miembro adulto de la familia, tiene que ingresar los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social en el espacio suministrado. Usted es elegible para solicitar los beneficios incluso si no cuenta con un Número del Seguro Social. Si ningún miembro adulto de la familia posee un Número del Seguro Social, deje en blanco este espacio y marque la casilla a la derecha, que dice "Marque si po posee N° de SS".
20. Las Pautas de Ingresos estarán vigentes desde el 1 de julio de 2015 hasta el 30 de junio de 2016.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al [número de teléfono].

Tamaño familiar	Tabla de Ingresos Federales				
	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	21,775	1,815	908	838	419
2	29,471	2,456	1,228	1,134	567
3	37,167	3,098	1,549	1,430	715
4	44,863	3,739	1,870	1,726	863
5	52,559	4,380	2,190	2,022	1,011
6	60,255	5,022	2,511	2,318	1,159
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
Para cada persona adicional:	7,696	642	321	296	148

Familias: Sus hijos pueden calificar para las comidas gratuitas o de precio reducido si su ingreso familiar disminuye dentro de los límites de esta tabla.

**Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que usted nos brinda.**

La Ley de Almuerzo de la Escuela Nacional Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o de precio reducido para su hijo. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no se requieren cuando usted realiza una solicitud en nombre de un niño adoptivo o cuando completa el número de caso de un Programa de Asistencia Nutricional Suplementario (SNAP, por sus siglas en inglés), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto de la familia que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir las comidas gratuitas o de precio reducido y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas educativos, de salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios del cumplimiento de la ley para ayudar a investigar las violaciones de las reglas del programa.

**Declaración de No Discriminación: Esto explica qué debe hacer si cree que lo han tratado injustamente.** "El Departamento de Agricultura de EE. UU. prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento (No todos los motivos prohibidos aplican para todos los programas y/o actividades de empleo). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA que se encuentra en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Además, puede escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en el formulario. Envíenos su formulario de queja completado o carta por correo al U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o correo electrónico al [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (en español). USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades."

**Aviso de No Discriminación de Iowa:** "Es política de este proveedor de CNP no discriminar en base a la raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, discapacidad o religión en sus programas, actividades o prácticas de empleo según lo exigen la sección 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene preguntas o reclamos relacionados con el acatamiento de esta política por el Proveedor de CNP, comuníquese con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, Grimes State Office Building, 400 E. 14th St., Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio Web <https://icrc.iowa.gov/>".

## Instrucciones para completar la Solicitud de Elegibilidad de Iowa

### Complete ambos lados de la solicitud para cada familia.

Todos los solicitantes deberán completar la Parte 1. Esta solicitud se puede usar para solicitar los beneficios de los programas de comidas escolares y de leche, los centros de cuidado infantil y de cuidado en el hogar para niños. Marque todas las casillas que apliquen a su familia. Puede hacer copias de la solicitud completada para cada programa en que participe el niño.

FIP o MIEMBRO DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE HOGARES, incluyendo el niño en Head Start o Even Start, siga estas instrucciones  
**Parte 2.** Indique el **Número de Caso** de FIP o Asistencia Alimentaria por cada hogar en el área proporcionada. **Use el Número de Caso del Hogar proporcionado en el Aviso de Decisión de DHS.** La elegibilidad basada en Head Start o Even Start está disponible solamente si su hijo está inscrito en Head Start y si se proporciona la documentación de la agencia de Head Start. **NOTA: No se aceptan números de tarjeta de Medicaid, Title XIX y EBT.**

**Parte 4.** Indique el nombre, la fecha de nacimiento, el grado (si aplica), el nombre de la escuela/Head Start/centro de cuidado infantil correspondiente para cada niño de su hogar. Proporcione información étnica y racial si lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil determinarán la condición étnica y racial de su hijo si usted no completa esta sección.

**Parte 5.** Salte esta sección.

**Parte 6.** Lea la certificación y complete esta sección.

**NIÑO SIN HOGAR, MIGRANTE O QUE HA ESCAPADO DE SU HOGAR, siga estas instrucciones.**

**Parte 3.** Para niños que asisten a la escuela, marque si algún niño es un niño sin hogar, migrante o ha escapado de su hogar y llame a la escuela de su hijo.

**Parte 4.** Indique el nombre, la fecha de nacimiento, el grado (si aplica), el nombre de la escuela/Head Start/centro de cuidado infantil correspondiente para cada niño de su hogar. Proporcione información étnica y racial si lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil determinarán la condición étnica y racial de su hijo si usted no completa esta sección.

**Parte 5.** Salte esta sección.

**Parte 6.** Lea la certificación y complete esta sección.

**NIÑO ADOPTIVO EN EL HOGAR, siga estas instrucciones.** Un niño adoptivo es un niño que vive en un hogar pero que permanece bajo la responsabilidad legal de la agencia pública o del tribunal. El niño adoptivo se puede incluir como miembro del hogar o puede estar en otra solicitud.

**Parte 4.** Indique el nombre del niño, la fecha de nacimiento, el grado (si aplica), el nombre de la escuela/Head Start/centro de cuidado infantil correspondiente. Marque la casilla para el niño adoptivo. Proporcione la información étnica y racial si lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil determinarán la condición étnica y racial de su hijo adoptivo si usted no completa esta sección.

**Parte 5.** Complete esta sección solamente si el niño adoptivo recibe dinero para uso personal o si tiene otro ingreso personal regular. Si el niño adoptivo no tiene ingreso, marque la casilla que indica sin ingreso. NO incluya la asignación que recibe la familia adoptiva para proporcionar el cuidado al niño adoptivo.

**Parte 6.** Lea la certificación y complete esta sección.

**PARA TODOS LOS DEMÁS HOGARES, incluyendo hogares WIC, siga estas instrucciones para los informes de ingreso.**

**Parte 4.** Indique el nombre, la fecha de nacimiento, el grado (si aplica), el nombre de la escuela/Head Start/centro de cuidado infantil correspondiente para cada niño en su hogar. Proporcione la información étnica y racial si lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil determinarán la condición étnica y racial de cada niño adoptivo si usted no completa esta sección.

**Parte 5.** Siga estas instrucciones para informar el ingreso total familiar del mes pasado.

**Nombre:** Indique el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar, pariente o no (como abuelos, otros parientes o amigos); inclúyase a usted mismo y a todos los niños que viven con usted. El hogar decide si incluir al niño adoptivo en la solicitud del hogar con niños no adoptivos. Adjunte otra hoja si es necesario.

**Edad:** Indique la edad de cada miembro familiar.

**Marque si No hay ingreso:** Marque la casilla si el miembro familiar **no recibe ingreso.**

**Ingreso bruto del mes pasado y cómo lo recibió:** Informe el monto del ingreso recibido en la columna apropiada de Ingresos Brutos (semanal, cada 2 semanas, dos veces por mes o mensual). Indique el **ingreso bruto** que cada persona ganó en el trabajo. Esto no es lo mismo que el salario neto. **El ingreso bruto es el monto ganado antes de los impuestos y de otras deducciones.** El monto debe figurar en su recibo de sueldo o su jefe puede decírselo. Si algún miembro familiar para el cual el ingreso del mes pasado fue mayor o menor de lo usual, indique el promedio esperado de ingreso de esa persona. Si el hogar incluye al niño adoptivo, deben informar cualquier ingreso personal recibido por el niño adoptivo en la solicitud de niños adoptivos para padres del hogar.

**Otros pagos mensuales o ingresos:** Se informa en esta sección el dinero que se recibe en forma regular. Indique el monto que cada persona recibió el mes pasado por bienestar, apoyo infantil, pensión alimenticia, subsidios de adopción, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y beneficios de Veterano (Beneficios VA). En la columna de **Todos los Demás Ingresos**, incluya la Indemnización para los trabajadores, seguro de desempleo, subsidio de huelga, aportes regulares de personas que no viven en su hogar, retiro de efectivo de ahorros, inversiones o fideicomisos, intereses y **CUALQUIER OTRO INGRESO.** Use la hoja de ingreso de empleo por cuenta propia al reverso de la solicitud para calcular el ingreso neto para negocios propios, granjas o ingreso de alquiler e infórmelo en la columna de Todos los Demás Ingresos. **No informe:** Becas, beneficios educativos, pagos de cantidad global, pago por combate, Pago de Incentivo de Extensión de Despliegue (DEIP, por sus siglas en inglés) o ingresos incidentales de los niños por actividades ocasionales tales como trabajar de niñera, apaleaer nieve o cortar césped. Si se encuentra en **Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar** o recibe el pago por combate no incluya estas subvenciones.

**Número de Seguro Social:** Si se realiza la solicitud en base al ingreso, el adulto que firma el formulario debe proporcionar los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No poseo un número de Seguro Social". Si usted no proporciona su información de Seguro Social o no marca la casilla, no se puede procesar su solicitud.

**Parte 6.** Lea la certificación y complete esta sección.

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

### Solicitud de Elegibilidad de Iowa

FFY 15-16

Complete una solicitud por hogar. Año escolar 2015-2016

**Parte 1. Marque todas las casillas correspondientes:**

<input type="checkbox"/> comidas escolares	<input type="checkbox"/> niños en centros de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> niños en hogares de cuidado infantil(HP)
<input type="checkbox"/> leche especial (aplican restricciones)	<input type="checkbox"/> Proveedor familiar Escala I (HP)	Nombre del proveedor: _____
	<input type="checkbox"/> Head Start/Even Start	

**Parte 2. Elegible para FIP o Asistencia Alimentaria:** Ingrese el Número de Caso de FIP o Asistencia Alimentaria para CUALQUIER miembro familiar según se indica en el Aviso de Decisión. **NOTA:** No se aceptan números de tarjeta de Medicaid, Title XIX y EBT. Salte la parte 5.

**Nombre del miembro familiar con Número de Caso** \_\_\_\_\_ **Indique el Número de Caso** \_\_\_\_\_

**Parte 3. Marque si algún niño está sin hogar, es migrante o si se ha escapado del hogar y llame a la escuela de su hijo.**  Escapó  Migrante  Sin hogar

**Parte 4. Niños inscritos. REQUERIDO PARA TODOS LOS SOLICITANTES.**

Indique el nombre de todos los niños inscritos en su hogar.

**Etnia:** H=Hispano o Latino, N=No Hispano o Latino  
**Raza:** A=Asiático N=Negro o Afro Americano I=Indio Americano o Nativo de Alaska  
 P=Nativo de Hawái u otras islas del Pacifico B=Blanco

Apellido	Nombre	Segundo Nombre o Inicial	Marque la casilla para niño ADOPTIVO	Fecha de Nac.	Grado	OPCIONAL Escuelas solamente		Nombre de la Escuela/Head Start/ Centro de cuidado infantil/Hogar
						ETNIA	RAZA	
1.			<input type="checkbox"/>					
2.			<input type="checkbox"/>					
3.			<input type="checkbox"/>					
4.			<input type="checkbox"/>					
5.			<input type="checkbox"/>					

**Parte 5. Ingreso Bruto Total del Hogar. NO COMPLETE LA PARTE 5 SI INDICÓ UN NÚMERO DE FIP O ASISTENCIA ALIMENTARIA EN LA PARTE 3.** Informe el ingreso bruto recibido por CADA miembro familiar una vez en la columna correcta: semanal, cada 2 semanas, dos veces por mes o mensual. El ingreso bruto es el monto ganado antes de los impuestos y de otras deducciones, no el salario neto. Informe todos los demás ingresos mensuales recibidos. Las personas que trabajan por cuenta propia deben ver la hoja al reverso de esta solicitud. Si un miembro familiar no recibe un ingreso de ninguna fuente, marque "sin ingreso" o deje las celdas en blanco. Mi marca "sin ingreso" o deja las celdas en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso para informar.

Indique el nombre de <u>todos</u> los que viven en su hogar, incluyendo los niños en la Parte 4. Adjunte otra página si necesita más espacio. Para los niños ADOPTIVOS, incluya solamente el dinero disponible para el uso personal del niño o el ingreso propio del niño.				Ingreso Bruto: Informe el ingreso cada cuánto se le paga al miembro familiar.				Otros Pagos Mensuales o Ingresos recibidos.		
Apellido	Nombre	Edad	Marque si NO hay ingreso	Monto bruto ganado semanalmente	Monto bruto ganado cada 2 semanas	Monto bruto ganado dos veces por mes	Monto bruto ganado mensualmente	Bienestar, apoyo infantil pensión alimenticia, subsidios de adopción	Pensión, jubilación, seguro social, SSI, beneficios VA	Todos los demás ingresos
1.			<input type="checkbox"/>							
2.			<input type="checkbox"/>							
3.			<input type="checkbox"/>							
4.			<input type="checkbox"/>							
5.			<input type="checkbox"/>							

Últimos cuatro dígitos de mi Número de Seguro Social: **X XX - X X -** \_\_\_\_\_  No poseo un Número de Seguro Social.  
 Si se completa la Parte 5, el adulto que firma el formulario debe proporcionar los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No poseo un número de Seguro Social". Para obtener más información, consulte la Ley de Declaración de Privacidad en la carta para padres.

**Parte 6. Certificación y firma. REQUERIDO PARA TODOS LOS SOLICITANTES.**  
 Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están informados. Entiendo que recibiré los beneficios de los fondos federales en base a la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si proporciona información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas/leche y puedo ser procesado. Correo electrónico del adulto que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Firma del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_ Nombre en imprenta del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Dirección del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Parte 7. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.**

Factores de conversión de ingresos para ingresos anuales: semanal X 52; dos semanas X 26; dos veces por mes X 24; mensual X 12  
 Ingreso familiar: \$ \_\_\_\_\_  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensual  Anual Tamaño familiar \_\_\_\_\_

Solicitud aprobada:  Ingreso  Niño adoptivo (gratuito)  FIP/Asistencia Alimentaria  
 DOCUMENTACIÓN REQUERIDA de Head Start  
 Sin hogar/Migrante/Escapó (Escuelas solamente) –Se requiere documentación oficial local

Elegibilidad Determinación:  Comidas gratuitas  Comidas a precio reducido  Leche gratuita  
 Solicitud negada:  Incompleta  Supera los límites de ingreso

Determinación de la firma oficial \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

Confirmación de la firma oficial (Escuelas solamente) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Control de la firma oficial (Escuelas solamente) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Formulario de Información de hawk-i /Medicaid: Lea esta información y firme si usted no desea que su nombre se revele a hawk-i o Medicaid.**

Si sus hijos no tienen seguro médico, estará interesado en saber que muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener seguro médico gratuito o a bajo costo para sus hijos.

La ley exige que las escuelas compartan la información de elegibilidad de comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid y hawk-i, el programa de seguro médico estatal para los niños. Específicamente, les proporcionaremos el nombre de su hijo y su nombre y dirección. Medicaid y hawk-i pueden usar la información solamente para identificar a los niños que pueden ser elegibles para el seguro médico gratuito o a bajo costo y luego comunicarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido para ningún otro propósito.

Las organizaciones de cuidado infantil tienen la opción de compartir esta información.

No es necesario que usted nos permita compartir la información de la solicitud de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid o el programa hawk-i. No afectará la elegibilidad de sus hijos para las comidas gratuitas o a precio reducido. Si usted NO desea compartir su información con Medicaid o hawk-i, debe avisarnos completando la información a continuación cuando completa esta solicitud de elegibilidad. Si desea obtener más información, puede llamar a hawk-i al 1-800-257-8563.

**NO deseo que los funcionarios del hogar/escuela patrocinador/centro de cuidado infantil o Head Start comparta la información de mi solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid o hawk-i. Además, si usted ya recibe Medicaid o hawk-i, firma a continuación. Esto evitará otra comunicación.**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela/Cuidado infantil/Centro de Head Start: \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela/Cuidado infantil/Centro de Head Start: \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela/Cuidado infantil/Centro de Head Start: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor (Imprenta) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Hoja de Ingreso de Empleo por Cuenta Propia: Esta hoja lo ayudará a calcular el monto a informar si usted desarrolla actividades de agricultura, empleo independiente o tiene ingresos de otras fuentes.**

Las personas que desarrollan actividades agrícolas o que operan otros tipos de negocios privados pueden experimentar variaciones en el flujo de efectivo o ingreso mensual durante todo el año. Estas personas pueden usar sus registros de impuestos del año calendario anterior como base para solicitar las comidas gratuitas o a precio reducido. El ingreso a informar es el ingreso que proviene de la operación comercial menos los costos operativos en los que incurrió durante la generación de dicho ingreso. Las deducciones de gastos personales tales como los gastos médicos y otras deducciones no comerciales no se permiten en la reducción del ingreso bruto comercial.

Si usted recibe ingresos adicionales de otros tipos de empleo, estos ingresos se deben considerar de forma separada del ingreso generado de su operación comercial. USDA NO reconoce el ingreso de la misma manera que IRS. USDA no permite una pérdida de una operación comercial para contrarrestar ganancias de sueldos o salarios. Aunque su negocio pueda haber sufrido una pérdida neta operativa, por motivos de esta solicitud, no es posible tener un ingreso negativo. El **menor ingreso autónomo posible es cero (sin ingreso)**. Por ejemplo, si usted realizó una operación comercial a una pérdida neta pero tuvo otro trabajo en el que recibió un sueldo, su ingreso para esta solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido sería el ingreso de su sueldo solamente. La pérdida por el negocio no puede deducirse del monto del ingreso ganado en otro trabajo.

Una pérdida de un año anterior por actividades agrícolas u otras operaciones comerciales privadas no se puede usar para reducir el ingreso neto anual actual para determinar la elegibilidad de gratuito o precio reducido. Los sueldos pagados a un esposo u otro miembro de la familia en actividades agrícolas o en operaciones comerciales privadas deben aparecer en el ingreso familiar en la Parte 5 de la solicitud.

**Los ingresos de operaciones comerciales privadas deben obtenerse de la Declaración de Impuestos de Ingreso Individual de EE. UU. – Formulario 1040 más reciente. Use las líneas del 1040 que están identificadas.**

Línea 12 – Ingreso comercial o (pérdida)	\$ _____
Línea 13 – Impuesto sobre Ganancias Distribuibles o (pérdidas)	\$ _____
Línea 14 – Otras Ganancias o (pérdidas)	\$ _____
Línea 17 – Alquiler propiedad inmobiliaria, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc.	\$ _____
Línea 18 – Ingreso por actividad agrícola o (pérdida)	\$ _____
Total	\$ _____
El menor ingreso posible es cero (no se puede informar un número negativo)	Total +12* = _____

\*Ingrese el monto en la columna "Todos los Demás Ingresos del Mes Pasado" en la Parte 5 en el frente de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa.

**Información Opcional de Exención (para escuelas solamente)**

