

## Solicitud de elegibilidad de Iowa

### Complete una solicitud por hogar. Año fiscal 2024-2025

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

**Parte 1. Compruebe si algún niño no tiene hogar, es migrante o se escapó de su hogar y llame a la escuela del niño.**

Huyó de su hogar    Migrante    Sin hogar

**Parte 2. Elegible para el Programa de Inversión Familiar (Family Investment Program, FIP) o SNAP:** Escriba el número de caso del FIP o SNAP para CUALQUIER miembro del hogar como se indica en el Aviso de decisión (10 dígitos, incluya los ceros). NOTA: No se aceptan los números de tarjetas de KinderTrack (KT), Medicaid, Título XIX y EBT. Omite la parte 4.

**Nombre del miembro del hogar con número de caso** \_\_\_\_\_ **Incluya el número de caso** - - - - -

**Parte 3. Niños inscritos: SE REQUIERE DE TODOS LOS SOLICITANTES.**

Incluya los nombres de todos los niños inscritos en su hogar.			Origen étnico: H = hispano o latino N = no hispano ni latino		Raza: A = asiático   N = negro o afroamericano I = indio americano o nativo de Alaska   B=blanco			
<i>Ingresar el origen étnico y la raza es voluntario</i>								
Apellido Inicial	Nombre	Segundo nombre	Marque la casilla para niño de ACOGIDA	Fecha de nacimiento	Grado	OPCIONAL		Nombre de la escuela/Head Start/ Centro/Hogar de cuidado infantil
						ORIGEN ÉTNICO	RAZA	
1.			<input type="checkbox"/>					
2.			<input type="checkbox"/>					
3.			<input type="checkbox"/>					
4.			<input type="checkbox"/>					
5.			<input type="checkbox"/>					

**Parte 4.** Todos los miembros del hogar (incluido usted mismo) Enumere todos los miembros del hogar 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. La sección de fuentes de ingresos para adultos le ayudará con la sección de todos los miembros adultos del hogar. Informe los ingresos antes de las deducciones o impuestos en dólares enteros.

Apellido	Nombre	Edad	Ganancia bruta de trabajo/ Todos los demás ¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)					Ganancia bruta de Asistencia pública/ Manutención de niño /Pensión – Bruta ¿con qué frecuencia? ¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)				Ganancia bruta de Ingresos brutos por Pensiones / Jubilación ¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)			
			Semanal mente	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual	Semanal mente	Quincenal	2x Mes	Mensual	Semanal mente	Quincenal	2x Mes	Mensual
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															

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

**Parte 5. Certificación y firma. SE REQUIERE DE TODOS LOS SOLICITANTES.**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se informan si es necesario. Entiendo que recibiré beneficios de fondos federales basados en la información que ofrezco. Entiendo que los funcionarios pueden verificar (comprobar) la información. Entiendo que, si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder beneficios para la comida y la leche, y puedo ser procesado. Correo electrónico del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_

Firma del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_ Fecha en que se firmó \_\_\_\_\_

Dirección del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Parte 6. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO.**

Factores de conversión de ingresos para ingresos anuales: semanalmente X 52; cada dos semanas X 26; dos veces al mes X 24; mensualmente X 12  
Ingresos del hogar: \$ \_\_\_\_\_  semanalmente    cada 2 semanas    dos veces al mes    mensualmente    anualmente   Tamaño del hogar \_\_\_\_\_

Solicitud aprobada:    Ingresos    Niño de acogida (gratis)    FIP/SNAP  
 Head Start SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN    Sin hogar/Migrante/Escapó de su hogar (Solo escuelas)

Elegibilidad Determinación:    Comidas gratis    Comidas de precio reducid  
Solicitud denegada:    Incompleta    Ingresos mayores a los permitidos

Firma del funcionario con poder decisorio \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_

**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 Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), un Programa de Inversión Familia (FIP), o un número de caso de Programa de Distribución de Alimentos o ReservasIndígenas (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.

**Hoja de trabajo sobre ingresos por trabajo autónomo: Esta hoja de trabajo le ayudará a calcular la cantidad a informar si usted cultiva, trabaja por cuenta propia o tiene ingresos de otras fuentes.**

Las personas que se dedican a la agricultura o que operan otros tipos de negocios privados pueden experimentar variaciones en el flujo de efectivo o en los ingresos mensuales durante todo el año. Estas personas podrán utilizar sus registros del impuesto sobre la renta del año calendario anterior como base para solicitar comidas de nivel 1. Los ingresos que deben informarse son ingresos derivados del emprendimiento comercial menos los costos de explotación incurridos en la generación de esos ingresos. No se permiten deducciones por gastos personales tales como gastos médicos y otras deducciones no comerciales para reducir los ingresos empresariales brutos.

Si usted tiene ingresos adicionales de otros tipos de empleo, estos ingresos se deben tratar por separado y aparte de los ingresos generados por su emprendimiento comercial. El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) **NO** reconoce los ingresos de la misma manera que el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). El USDA no permite que las pérdidas de un emprendimiento comercial compensen las ganancias de los sueldos o los salarios. Aunque su negocio puede haber sufrido una pérdida operativa neta, a los efectos de esta Solicitud, no es posible tener un ingreso negativo. El **menor ingreso por cuenta propia posible es cero (sin ingresos)**. Por ejemplo, si usted operaba un negocio con una pérdida neta pero tenía otro trabajo en el que recibía un sueldo, sus ingresos a efectos de solicitar las comidas del Nivel 1 serían solo los ingresos de su sueldo. La pérdida del negocio no puede deducirse del importe de los ingresos ganados en el otro trabajo.

Una pérdida del año anterior derivada de la agricultura u otras operaciones comerciales privadas no puede utilizarse para reducir los ingresos netos del año en curso a fin de determinar la elegibilidad del precio gratis y reducido (nivel 1). Los sueldos pagados a un cónyuge u otro miembro de la familia o del hogar en la operación de una granja o negocio privado deben figurar como ingresos del hogar en la Parte 4 de esta Solicitud.

Los ingresos procedentes de operaciones de negocios privados se deben tomar de su Declaración de impuestos sobre la renta individual estadounidense más reciente — Formulario 1040 o 1040-SR, incluido el Anexo 1 (ingresos adicionales y ajustes a los ingresos). Complete las líneas identificadas del Formulario 1040 o del Formulario 1040-SR y del Anexo 1.

<b>Ganancias de capital o (pérdidas):</b> Formulario 1040 o 1040-SR, línea 7	\$ _____
<b>Ingresos comerciales o (pérdidas):</b> Anexo 1 parte 1, línea 3	\$ _____
<b>Otras ganancias o (pérdidas):</b> Anexo 1 parte 1, línea 4	\$ _____
<b>Bienes raíces de alquiler, regalías, sociedades, sociedades S, fideicomisos, etc.:</b> Anexo 1 parte 1, línea 5	\$ _____
<b>Ingresos agrícolas o (pérdidas):</b> Anexo 1 parte 1, línea 6	\$ _____
*Total =	\$ _____

\*El menor ingreso posible es cero (un número negativo no se puede informar).

\*Escriba el importe en la columna "**Todos los demás ingresos**" de la Parte 4 en el anverso de esta Solicitud.

**USDA Declaración de no discriminación:**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas, que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número del teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

**(1) correo:**

U.S. Department of Agriculture  
Oficina del secretario adjunto de derechos civiles  
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o

**(2) fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

**(3) correo electrónico:**

[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

**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, 6200 Park Ave., Suite 100, Des Moines, IA 50319-1004; número telefónico 515-281-4121, 800-457-4416; página de internet: <https://icrc.iowa.gov/>."