

# Solicitud 2023-2024 de lowa para comidas/leche en la escuela gratis o a precio reducido

Complete una solicitud por familia. 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 cumplen con la definición de personas sin hogar, inmigrantes o que han huido, son elegibles para recibir comidas gratis. 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.	Primer nombre del menor	SN	Apellido del menor	Fecha de nacimiento	¿Estudiante?		Escuela del menor	Grado	Crianza Temporal	Sin hogar, inmigrante, que ha huido	Opcional	
					Sí	No					Origen étnico	Raza
											H= Hispano o Latino N= No Hispano o Latino	A=Asiático W=Blanco I= Americano o Nativo de Alaska B= Negro o Afroamericano P= Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico

**PASO 2** ¿Alguno de los miembros del hogar (incluido usted) en este momento participan en uno o más de los siguientes programas de asistencia? ¿SNAP, FIP, o FDIPIR? 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 y EBT. Número de caso: \_\_\_\_\_

**PASO 3** Informe de ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió "Sí" al PASO 2) Si desea hacer su solicitud vía internet, vaya a [www.iahschools.org](#)

**A: Miembros totales del hogar (Niños y adultos)** B. últimos cuatro dígitos del número del seguro social (SSN) de Principal asalariado u otro Miembro adulto del hogar XXX-XX-XXXX

**D. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted mismo)** Enumere todos los miembros del hogar no mencionados en el PASO 1 así ellos no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, si recibe ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) por cada fuente solo 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 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.

Nombre de adultos miembros del hogar	Ganancia bruta de trabajo/ Todos los demás		Ganancia bruta de Asistencia pública/ Manutención de niño/Pensión - Bruta		Ganancia bruta de Ingresos brutos por Pensiones / Jubilación	
	¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)	¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)	¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)	¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)	¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)	¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)
nombre y apellido. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o universidad.	Semanalmente	Quincenalmente	Quincenalmente	Quincenalmente	Semanalmente	Quincenalmente

**E. 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 \$ \_\_\_\_\_

**PASO 4** Información de contacto y firma de un adulto la página dos contiene más información

"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".

Firma del adulto que completó el formulario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA. SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO.** Devuelva el formulario completo a: Adam Egging, CO-U Superintendent's Office

Conversión de ingresos anuales x52 Samana Quinenal x26 Quinenal Anual x12 Mensual

Tamaño del hogar: Ingreso familiar: \$ \_\_\_\_\_ Aplicación #: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Funcionario que toma la decisión Fecha de entrada en vigor Funcionario de confirmación Fecha

Aplicación aprobada  Ingresos  hijo adoptivo  FIP/Asistencia alimenticia  Head Start (requiere documentación)  Sin hogar/Inmigrante/Huyó de casa-Requires Documentación Oficial Local

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



**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 Hawki, el programa estatal de seguro médico para niños. Las escuelas privadas, RCCJs 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 Hawki 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 Hawki, 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 Hawki.

Firma

Fecha

**Nombre del padre / tutor (Impreso)**

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 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 del USDA:** De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas, además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), 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 del programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, formulario de queja por 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>, 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 secretarías adjunto de derechos civiles  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

\* No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.

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 exención

**DECLARACIÓN DE RENUNCIA**

Si su(s) hijo(s) califica(n) para comidas gratis o a precio reducido, usted también puede ser elegible para otros beneficios. Si firma esta renuncia, su(s) hijo(s) será(n) considerados para renuncia total o parcial de tarifas escolares. Entiendo que voy a proporcionar información que demostrará que he solicitado comidas escolares gratuitas y a precio reducido para mi(s) hijo(s). Renuncio a mis derechos de confidencialidad **ÚNICAMENTE** para renunciar a las tarifas escolares. Certifico que soy el padre / tutor del (de los) niño(s) para quien(es) se está haciendo la solicitud.

Firma del padre/tutor

Fecha

**USTED NO TIENE QUE COMPLETAR ESTA RENUNCIA PARA OBTENER COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO.**

**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. 14<sup>th</sup> St. Des Moines, IA 50319-1004; número telefónico 515-281-4121, 800-457-4416; página de internet: <https://itrc.iowa.gov/>."

**Devuelva el formulario completo a:**

Charter Oak-Ute CSO  
Adam Eggeling  
321 Main St.  
Charter Oak, IA 51439 or [aeggeling@co-ut.net](mailto:aeggeling@co-ut.net)







**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 o 1040-SR, incluso programar uno de Declaración del Impuesto Individual de los Estados Unidos - Formulario 1040 o 1040-SR y Programa 1. Suma las cantidades reportadas en las siguientes líneas:

Ganancia o (pérdida) de capital Formulario 1040 o 1040-SR, LÍNEA 7 \$ \_\_\_\_\_  
ingresos de empresa o (pérdida) Programa 1 Parte 1, LÍNEA 3 \$ \_\_\_\_\_  
Otras ganancias o (pérdidas) Programa 1 Parte 1, LÍNEA 4 \$ \_\_\_\_\_  
alquiler de inmuebles, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc. Programa 1 Parte 1, LÍNEA 5 \$ \_\_\_\_\_  
ingresos de agricultura o (pérdida) Programa 1 Parte 1, LÍNEA 6 \$ \_\_\_\_\_  
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.

