

## CARTA DE INFORMACIÓN

### Preguntas frecuentes acerca de comidas escolares gratis y a precio reducido

Estimado padre/guardián:

Los niños necesitan alimentación nutritiva para aprender. **Turkey Valley CSD** ofrece comidas saludables todos los días de estudio. El desayuno cuesta **\$1.50**; el almuerzo cuesta **Preschool-5th Grade \$2.65, 6-12th Grade \$2.95**. Sus hijos podrían ser elegibles para comidas / leche gratis o comidas a precio reducido. Los precios reducidos son de **\$0.30** para desayuno y **\$0.40** para almuerzo. Devuelva o envíe por correo la solicitud completa a: **Turkey Valley CSD, 3219 State Hwy 24, Jackson Junction, IA 52171**

A continuación, hay algunas preguntas y respuestas frecuentes para ayudarle con el proceso de solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en hogares que reciban beneficios de Asistencia Alimentaria, el Programa de Inversión Familia (FIP) o algunos programas de Medicaid específicos, son elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido.
- Los hijos en hogares sustitutos que estén bajo la responsabilidad legal de una agencia o tribunal de cuidado sustituto son elegibles para recibir comidas gratis.
- Los niños que participan en el programa Head Start de su escuela son elegibles para recibir comidas gratis.
- Los niños que cumplan con la definición de personas sin hogar, inmigrantes o que han huido, son elegibles para recibir comidas gratis.
- Los niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los límites de la siguiente Tabla Federal de Ingresos. (Requiere la entrega de una solicitud para comidas/leche gratis y a precio reducido).

#### LINEAMIENTOS FEDERALES DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS para el año escolar 2020-2021

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	23,606	1,968	984	908	454
2	31,894	2,658	1,329	1,227	614
3	40,182	3,349	1,675	1,546	773
4	48,470	4,040	2,020	1,865	933
5	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092
6	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251
7	73,334	6,112	3,056	2,821	1,411
8	81,622	6,802	3,401	3,140	1,570
Cada persona adicional:	8,288	691	346	319	160

2. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR INFORMANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO? No, pero por favor, lea atentamente la carta y siga las instrucciones. Si cualquiera de los niños en su hogar no ha recibido notificación, contacte a: **Lindsay Vsetecka, 3219 State Hwy 24, Jackson Junction IA 52171 or 563-776-6011 ext 1011 or lvsetecka@turkey-v.k12.ia.us** de inmediato, ya que la elegibilidad para recibir comidas gratis o a precio reducido se extiende a todos los niños en edad escolar de un hogar. Si no ha recibido una carta de la escuela, pero recibió un aviso de almuerzo gratuito de parte de DHS, presente esta carta en la escuela de sus hijos. Puede añadir cualquier estudiante que viva en su hogar y que no esté en la lista de la carta. También, si algún miembro de su hogar recibe asistencia alimentaria y usted no recibió ninguna de estas cartas, puede completar una aplicación mencionando el número de caso ya que esto calificará para comidas gratis a todos los niños de su casa que estén en edad escolar. Si le informaron que sus hijos van a recibir comidas a precio reducido de forma automática, consulte los lineamientos de ingresos mencionados y si considera que puede calificar para beneficios de comida gratis, complete una solicitud para comidas gratis o a precio reducido.
3. ¿QUÉ PASA SI TENGO NIÑOS COMO PADRE SUSTITUTO? Los hogares que tengan hijos de crianza y naturales pueden optar por incluir a los hijos de crianza como miembros del hogar, ya que esto puede ayudar a que otros niños del hogar califiquen para recibir beneficios. Si la familia sustituta no es elegible para los beneficios de comida gratis, esto no es impedimento para que un hijo de crianza reciba los beneficios de comida gratuita.
4. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO SIN HOGAR, INMIGRANTES O QUE HAN HUIDO? ¿Los miembros de su familia no tienen una dirección permanente? ¿Se quedan juntos en un refugio, hotel, u otro lugar de vivienda temporal? ¿Su familia se reubica de forma estacional? ¿Alguno de los niños que viven con usted ha decidido salir de su familia u hogar anterior? Si usted considera que los niños que hacen parte de su hogar cumplen con estas descripciones y no ha sido informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor contacte a: **Amanda Lawless, 3219 State Hwy 24, Jackson Junction, IA 52171 or 563-776-6011 ext 1112 or alawless@turkey-v.k12.ia.us**
5. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. *Utilice una solicitud de comidas escolares gratis y a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud a menos que la información de elegibilidad no esté completa, así que asegúrese de completar toda la información requerida.
6. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿DEBO COMPLETAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su hijo sólo es válida para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar, hasta **Monday, October 5th 2020**. Envíe una nueva solicitud a menos que la escuela le haya dicho que su hijo es elegible para el nuevo año escolar. Una vez finalizado el periodo de aplazamiento, a menos que se le notifique que sus hijos recibirán comidas gratis o usted presente

una solicitud que es aprobada, los niños tendrán que pagar el precio completo para las comidas escolares. La escuela no está obligada a enviar un recordatorio o aviso de expiración de elegibilidad.

7. **RECIBO WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Los niños en hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor, envíe una solicitud.
8. **¿PUEDO HACER UNA SOLICITUD SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO DE LOS EE.UU.?** Sí. Usted, sus hijos u otros miembros del hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para solicitar comidas gratis o a precio reducido.
9. **¿LA INFORMACIÓN QUE ENTREGUE SERÁ REVISADA?** Sí. También podemos pedirle que envíe una certificación escrita de los ingresos de su hogar que usted reporta. Usted no tiene la obligación de entregar una prueba con su solicitud.
10. **¿SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO HACER UNA SOLICITUD DESPUÉS?** Sí, usted puede hacer una solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que quede sin empleo pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares están por debajo del límite de ingresos, si el tamaño de la familia aumenta, o si comienza a recibir Asistencia Alimentaria, FIP u otros beneficios.
11. **¿Y SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD?** Debe hablar con funcionarios de la escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **Janice Myers, 3219 State Hwy 24, Jackson Junction, IA 52171 or 563-776-6011 ext 1630 or [jmyers@turkey-v.k12.ia.us](mailto:jmyers@turkey-v.k12.ia.us)**
12. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SIEMPRE SON IGUALES?** Enumere la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente recibe \$ 1000 al mes, pero se ausentó del trabajo el mes pasado y solo recibió \$ 900, escriba que recibe \$ 1000 por mes. Si normalmente trabaja horas extras, inclúyalas, pero no lo haga si sólo trabaja horas extras a veces. Si perdió su empleo o las horas o salarios fueron reducidos, use sus ingresos actuales.
13. **¿QUÉ SI ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR?** Quizás los miembros del no reciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que reporte en la solicitud, o es probable que no reciban ingreso alguno. Cada vez que esto suceda por favor escriba 0 en el campo. Sin embargo, si cualquiera de los campos de ingreso queda vacíos o en blanco, se contarán como en ceros. Por favor tenga cuidado al dejar campos de ingresos en blanco, porque asumiremos que esa era su intención.
14. **ESTAMOS EN LAS FUERZAS MILITARES. ¿REPORTAMOS NUESTROS INGRESOS DE FORMA DIFERENTE?** Debe reportar su salario básico y bonos en efectivo como ingresos. Si recibe asignaciones en efectivo para vivienda fuera de la base, alimentos o ropa, o si recibe pagos de Asignaciones Suplementarias de Subsistencia Familiar, esto también lo debe incluir como ingreso. Sin embargo, si su vivienda hace parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, usted no debe incluir el subsidio para vivienda como ingreso. En este momento no hay activo ningún Proyecto de Vivienda Militar en Iowa como se encuentra en [Proyectos Activos de Vivienda Militar](#). Cualquier pago adicional de combate, resultante de asignaciones, también queda excluido de los ingresos.
15. **¿DEBO PROPORCIONAR MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL?** Sólo se necesitan los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del principal proveedor de ingresos del hogar u otro adulto miembro del hogar (o indicar que no hay "ninguno").
16. **¿QUÉ HAGO SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO PARA MI FAMILIA EN LA SOLICITUD?** Enumere a todos los miembros adicionales del hogar en una Hoja de Trabajo Suplementaria, y adjúntela a su solicitud. Contacte a : **Lindsay Vsetecka, 3219 State Hwy 24, Jackson Junction IA 52171 or 563-776-6011 ext 1011 or [lvsetecka@turkey-v.k12.ia.us](mailto:lvsetecka@turkey-v.k12.ia.us)** para recibir una Hoja de Trabajo Suplementaria.
17. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR LECHE GRATIS?** Si su escuela participa en el Programa de Leche Especial para niños de kínder de medio día, su hijo en edad de jardín de infancia puede ser elegible para recibir leche gratis. Los niños que compran leche extra con una comida, o si comen desayuno o almuerzo y tienen un receso para leche por la tarde, no son elegibles para recibir leche gratis.
18. **MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR?** Para saber cómo solicitar Asistencia Alimentaria u otros beneficios de asistencia, contacte a su oficina de asistencia local o llame al **1-877-347-5678**. Sus hijos pueden ser elegibles para **hawk-i** (seguro de salud para niños) o una exención de costos de estudio. Lea la información en el respaldo de la solicitud para conocer información acerca de **hawk-i**. En su escuela encontrará un formulario de exención de costos de estudio.
19. **¿LOS NIÑOS CON DISCAPACIDADES PUEDEN RECIBIR SUSTITUCIONES DE ALIMENTOS?** Si un niño tiene una discapacidad, según lo indicado por un profesional médico licenciado, y la discapacidad le impide consumir los alimentos regulares de la escuela, la escuela hará sustituciones prescritas por el profesional médico licenciado. Si es necesaria una sustitución, no habrá ningún cargo adicional por la comida. Sin embargo, tenga en cuenta que la escuela no está obligada a realizar cambios por alergias a los alimentos, a menos que cumpla con la definición de discapacidad. Por favor llame a la escuela para tener mayor información.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **563-776-6011 ext 1011 or [lvsetecka@turkey-v.k12.ia.us](mailto:lvsetecka@turkey-v.k12.ia.us)**

**Solicitud 2020-2021 de Iowa para comidas/leche en la escuela gratis o a precio reducido Devuelva el formulario completo a:**

Turkey Valley CSD, 3219 State Hwy 24, Jackson Junction, IA 52171

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 estén relacionados.*	Primer nombre del menor	SN	Apellido del menor	Fecha de nacimiento	¿Estudiante? Sí No	Escuela del menor	Grado	ciencia inmigrante, qu ha huido
Los niños en <b>cuidado sustituto</b> y los niños que cumplan con la definición de <b>personas sin hogar, inmigrantes o que han huido</b> , son elegibles para recibir comidas gratis. Para mayor información, lea <b>Cómo solicitar comidas escolares gratuitas y a precio reducido.</b>								

Marque todos los que

**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 FDPPIR? 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 (introducir URL) Elimínelo si NA

**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.**

**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 enuncados en el PASO 1.

**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) **est ellos no reciben 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 (prometiéndolo) 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)	¿Con qué frecuencia?			¿Con qué frecuencia?			¿Con qué frecuencia?		
	Semanal	Quincenal	2x por mes	Sem.	Quincenal	2x por mes	Sem.	Quincenal	2x por mes

**C. Ganancias de trabajo**  
Nombre de miembros adultos del hogar (Nombre y Apellido) | Sem. | Quincenal | 2x por mes | Mensual

**D. Asistencia pública/ Apoyos/Pensión alimenticia del niño**  
Sem. | Quincenal | 2x por mes | Mensual

**E. Pensiones/Jubilación/ Cualquier otro ingreso**  
Sem. | Quincenal | 2x por mes | Mensual

**F. Miembros totales del hogar (Niños y adultos)**  
G. últimos cuatro dígitos del número del seguro social (SSN) de Principal asalariado u otro Miembro adulto del hogar

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. # Estado Código postal Teléfono durante el día (opcional) Correo electrónico (opcional)

Nombre impreso del adulto que completó el formulario Fecha

Firma del adulto que completó el formulario

**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: \$ \_\_\_\_\_ Anual  Mensual  Anual  Mensual  Mensual  Mensual  Mensual  Mensual

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

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



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 Ilesño 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 hawki, 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 hawki solo 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 compartirla con cualquier otra entidad o programa. Usted no está obligado a permitirnos compartir esta información, esto no afecta la elegibilidad de su hijo para comidas gratis o a precio reducido. Si NO desea que su información sea compartida con Medicaid o hawki, debe decírnoslo completando la información a continuación. Si desea mayor información, puede llamar a hawki al 1-800-257-8563. También, si usted ya está recibiendo 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.

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 (FDPRI) u otro identificador FDPRI 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 administran 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 ingles.

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](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](mailto: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-med/s/translated-applications>

Información opcional de exención

# Hoja suplementaria para la solicitud 2020-2021 de lowa 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? SI No	Escuela del menor	Grado	Hijo de crianza	Sin hogar, Inmigrante, que ha huido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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			Asistencia pública/ Manutención de niño /Pensión			¿Con qué			Ingresos por Pensiones / Jubilación / Todos los demás			¿Con qué				
	Semana	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual	Semana	Quincenal	2x Mes	Mensual	Semana	Quincenal	2x Mes	Mensual	Semana	Quincenal	2x Mes	Mensual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 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 de años 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 de Impuestos Individual de los Estados Unidos. Suma las cantidades reportadas en las siguientes líneas:

Ganancia o (pérdida) de capital Formulario 1040 o 1040-SR, LÍNEA 6 \$ \_\_\_\_\_

ingresos de empresa o (pérdida) Programer 1 Parte 1, LÍNEA 3 \$ \_\_\_\_\_

Otras ganancias o (pérdidas) Programer 1 Parte 1, LÍNEA 4 \$ \_\_\_\_\_

alquiler de inmuebles, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc. Programer 1 Parte 1, LÍNEA 5 \$ \_\_\_\_\_

ingresos de agricultura o (pérdida) Programer 1 Parte 1, LÍNEA 6 \$ \_\_\_\_\_

TOTAL \$ \_\_\_\_\_ ingresos anuales brutos antes de deducciones.  
 (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 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.**

