

Preguntas Frecuentes Sobre las Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido

Estimado Padre/Tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. El Distrito Escolar de la Comunidad de Marshalltown ofrece comidas saludables cada día escolar. Se les proporcionara a todos los estudiantes en PK - 4, desayuno y almuerzo gratis mediante el Community Eligibility Provision. Para los estudiantes en el 5-12, el desayuno cuesta \$1.60; almuerzo cuesta \$2.55. Su(s) hijo(s) podrá(n) calificar para recibir comidas gratis o para recibir comidas a precio reducido. El precio reducido es 30¢ para el desayuno, 40¢ para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para los beneficios de comida gratis o a precio reducido, y un conjunto de instrucciones detalladas. A continuación hay algunas preguntas y repuestas comunes para ayudarle con el proceso de la solicitud.

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

- Todos los niños en el hogar recibiendo beneficios de **Asistencia para Alimentos o el Programa de Inversión Familiar (FIP)**, son elegibles para recibir comidas gratis.
- Niños bajo cuidado temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal o corte son elegibles para recibir comidas gratis.
- Niños que están participando en el programa Head Start de su escuela son elegibles para recibir comidas gratis.
- Niños que cumplen con la definición de estar sin hogar, fugitivo, o migrante son elegibles para recibir comidas gratis.
- Niños podrán recibir comidas gratis o a precio reducido si el ingreso de su hogar alcanza o está debajo de los límites en las Directrices Federales de Elegibilidad por Ingresos a continuación. (Requiere entregar una Solicitud para Comidas/Leche Gratis y a Precio Reducido.)

DIRECTRICES FEDERALES DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS

Cuantos Viven en el Hogar	Anual	Mensual	Dos Veces por Mes	Quincenal	Semanal
1	22,311	1,860	930	859	430
2	30,044	2,504	1,252	1,156	578
3	37,777	3,149	1,575	1,453	727
4	45,510	3,793	1,897	1,751	876
5	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
6	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
7	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
8	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Cada persona adicional:	7,733	645	323	298	149

2. ¿QUIÉN PODRÁ RECIBIR LECHE GRATIS? Si su escuela participa en el Programa Especial de Leche para los estudiantes de kínder de medio día, su hijo en kínder podrá ser elegible para recibir leche gratis. Niños que compran leche adicional con una comida o si ellos comen desayuno o almuerzo y tienen una merienda en la tarde con leche, ellos no son elegibles para recibir leche gratuita
3. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO NIÑOS SIN HOGAR, MIGRANTES, O FUGITIVOS? ¿Carecen los miembros de su hogar una dirección permanente? ¿Están quedándose juntos ustedes en un albergue, hotel, u otro arreglo de alojamiento temporal? ¿Se reubica su familia de forma estacional? ¿Son algunos de los niños que viven con usted quienes han decidido dejar su familia u hogar previo? Si usted cree que los niños de su hogar cumplen con estas descripciones y no se le ha dicho que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor llamen a Anthony Spurgetis, Homeless Liaison (Intermediario Para Niños Sin Hogar) o Rachel Inks, Migrant Coordinator (Coordinadora de Migrantes) al 641-754-100.
4. ¿QUÉ TAL SI NOSOTROS TENEMOS NIÑOS BAJO CUIDADO TEMPORAL? Hogares con niños bajo el cuidado temporal y niños que no lo están podrán escoger incluir el niño bajo cuidado temporal como miembro de la familia, pues esto podrá ayudar que los demás niños en el hogar califiquen para beneficios. Si la familia

adoptiva no es elegible para recibir los beneficios de comida gratis o a precio reducido, eso no impide que el niño bajo cuidado temporal reciba beneficios de obtener comida gratis.

5. ¿NECESITO YO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. Utilice una Solicitud Para Comidas Gratis y a Precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar. No podemos aprobar una solicitud que no está completa, así que asegúrese de llenar toda la información necesaria. Regrese la solicitud completa a: Marshalltown School Nutrition Program, 1002 South 3rd Avenue, Marshalltown, Iowa 50158.
6. ¿DEBERÍA YO LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICIENDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS GRATIS? No, pero por favor lea cuidadosamente la carta que usted recibió y siga las instrucciones. Si cualquier niño de su hogar faltó en el aviso de su elegibilidad, contacte el Programa de Alimentación escolar de Marshalltown al 641-754-1185 inmediatamente ya que la elegibilidad para recibir las comidas gratis se extiende a todos los niños de edad escolar en un hogar. Si usted no recibió una carta de la escuela, pero recibió un Aviso de Almuerzo Gratis del DHS, entregue esta carta a la escuela de sus hijos. Podrás añadir a todos los estudiantes que están viviendo en su hogar que no están incluidos.
7. ¿PUEDO LLENAR UNA SOLICITUD EN LÍNEA? No, el Distrito Escolar de la Comunidad de Marshalltown no ofrece solicitudes en línea para el Año Escolar 2017-2018.
8. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA? Si. La solicitud de su hijo es solamente válida para ese año escolar y para las primeras pocas semanas de este año escolar, hasta el 30 de septiembre del 2017. Usted deberá mandar una nueva solicitud al menos que el Programa Marshalltown School Nutrition le ha dicho que su hijo es elegible para el nuevo año escolar. Cuando el periodo de traslado termina, al menos que se le avise a usted de que sus hijos recibirán comidas gratis o usted entregue una solicitud que sea aprobada, los niños tendrán que pagar el precio entero para las comidas escolares.
9. RECIBO WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATIS? NIÑOS en hogares participando en WIC tal vez sean elegibles para las comidas gratis o a precio reducido. Por favor mande su solicitud.
10. ¿SE REVISARA LA INFORMACIÓN QUE YO PROPORCIONE? Si. Tal vez también pidamos que envíe pruebas escritas de los ingresos del hogar que usted informe. No está obligado a proporcionar pruebas con su solicitud.
11. ¿SI NO CALIFICO AHORA, PODRE LLENAR UNA SOLICITUD DESPUÉS? Si, podrá llenar una solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, niños que tengan un padre o tutor que pierda su empleo podrán ser ahora elegibles para comidas gratis o a precio reducido si los ingresos del hogar caen debajo del límite de ingresos, si la cantidad de miembros en su hogar aumenta, o si empiezan a obtener Asistencia para Alimentos, FIP u otros beneficios.
12. ¿Y SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Debería hablar con los funcionarios. También podrá solicitar una audiencia al llamar o escribir a: Brian Bartz, Director of Business Operations (Director de Operaciones de Negocio), 1002 South 3rd Avenue, Marshalltown, Iowa 50158, 641-754-1000.
13. ¿PODRE LLENAR UNA SOLICITUD SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES UN CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Si. Usted, y sus hijos, u otros miembros no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para llenar una solicitud para recibir comidas gratis o a precio reducido.
14. ¿Y SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Escriba la cantidad que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1000 cada mes, pero usted perdió algo de trabajo el mes pasado y solo gano \$900, escriba que usted gano \$1000 por mes. Si usted normalmente recibe por las horas extras, inclúyelo, pero no lo incluya si solo trabaja horas extras a veces. Si usted ha perdido un trabajo o se le redujeron sus horas de trabajo o su sueldo, utilice sus ingresos actuales.
15. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? Algunos miembros del hogar tal vez no reciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que usted informe en la solicitud, o tal vez no reciban ingresos en absoluto. Cuando esto suceda por favor escriba 0 en el campo de ingresos. Sin embargo, si se dejan los campos de ingresos vacíos o en blanco, estos también se contarán como

ceros. Por favor tenga cuidado cuando deja los campos de ingresos en blanco, ya que supondremos que era su intención hacerlo.

16. **ESTAMOS EN EL SERVICIO MILITAR. ¿INFORMAREMOS NUESTROS INGRESOS DE MANERA DIFERENTE?** Su pago básico y bono en efectivo se deberá informar como ingresos. Si usted obtiene prestaciones valoradas en efectivo para alojamiento no en la base, comida, o ropa, o recibe pagos del Family Subsistence Supplemental Allowance, también se necesita incluir como ingreso. Sin embargo, si su alojamiento es parte de Military Housing Privatization Initiative, no incluya su subsidio de alojamiento como ingreso. En la actualidad no hay Proyectos de Alojamiento Militar (Military Housing Projects) en Iowa tal como se encuentra bajo Active Military Housing Projects. Cualquier pago adicional de combate resultando del despliegue también se excluye de los ingresos.
17. **¿Y SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA?** Enumere todos miembros del hogar adicionales en la Hoja Suplementaria, y adjúntela a su solicitud. Hojas Suplementarias se incluyen con todos los paquetes de solicitud. También podrá contactar al Programa de Nutrición de las Escuelas de Marshalltown al 641-754-1185 para recibir una Hoja Suplementaria.
18. **MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS QUE PODRÍAMOS SOLICITAR?** Para descubrir como solicitar Ayuda para Alimentos u otros beneficios de ayuda, contacte su oficina local de ayudas/asistencia o llame al **1-877-347-5678**. Sus hijos tal vez califiquen para **hawk-i** (seguro médico de niños) o una exención de las tarifas/cobros escolares. Lea la información al reverso de la Solicitud para la información de **hawk-i**. Un formulario de exención escolar está disponible de parte de su escuela.
19. **¿PUEDEN OBTENER SUSTITUCIONES DE COMIDA LOS NIÑOS CON DISCAPACIDADES?** Si un niño tiene una discapacidad, según determinado para un profesional médico licenciado, y la discapacidad impide que el niño pueda comer la comida regular de la escuela, la escuela podrá hacer sustituciones prescritas por el profesional médico licenciado. Si se necesita una sustitución, no habrá un cobro adicional para la comida. Por favor note, sin embargo, que no se le obliga a la escuela hacer una sustitución por alguna alergia a la comida, al menos que esto cumple con la definición de discapacidad. Por favor llame a la escuela para más información.

Si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, por favor llame al Programa de Nutrición de las Escuelas de Marshalltown al 641-754-1185

Sinceramente,

Lynn Large
Food Service Director
(Directora del Servicio de Comida)

COMO SOLICITAR COMIDAS/LECHE ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO.

Por favor utilice estas instrucciones para ayudarle a llenar la solicitud para obtener comidas/leche gratis o a precio reducido. Solamente necesita entregar **una** solicitud por hogar, aun si sus hijos asisten a más de una escuela en el Distrito Escolar de la Comunidad de Marshalltown. La solicitud se debería llenar por completo para garantizar que sus hijos recibirán comidas gratis o a precio reducido.

¡Por favor siga estas instrucciones en orden! Cada paso de las instrucciones es igual que los pasos en su solicitud. Si en algún tiempo no está seguro de que hacer después, por favor contacte al Programa de Nutrición de las Escuelas de Marshalltown al 641-754-1185.

POR FAVOR UTILICE UN BOLÍGRAFO (NO UN LÁPIZ) AL LLENAR ESTA SOLICITUD Y ESFUÉRCESE POR ESCRIBIR CON CLARIDAD.

PASO 1: ENUMERE TODOS LOS MIEMBROS QUIENES SON INFANTES, NIÑOS, Y ESTUDIANTES HASTA E INCLUYENDO EL GRADO 12.

Dinos cuantos infantes, niños, y estudiantes escolares viven en su hogar. No tienen que ser familiares de usted para ser parte de su hogar.

¿A quién debería yo incluir aquí?

Al llenar esta sección, por favor incluya a **todos** los miembros en su hogar quienes son:

- Niños de edades 18 o menos y se les apoya con los ingresos del hogar;
- Jóvenes en su cuidado bajo el arreglo de adopción temporal, o califican como estar sin hogar, ser migrantes, o fugitivos;
- Los estudiantes asistiendo en el Distrito Escolar de la Comunidad de Marshalltown, sin considerar la edad.

- A) **Escriba el nombre de cada niño.** Para cada niño, escriba con letra de molde su primer nombre, inicial del 2º nombre y apellido. Utilice una línea de solicitud para cada niño. Si hay más niños presentes que líneas en la solicitud, adjunte la hoja suplementaria, con toda la información necesaria para niños adicionales. La Hoja Suplementaria está disponible con el paquete de solicitud al igual que en la escuela de su hijo.
- B) **¿Es el niño un estudiante en el Distrito Escolar de la Comunidad de Marshalltown?** Marque 'Si' o 'No' bajo la columna titulado "estudiante." Si es 'Si' escriba en que escuela asiste el niño e identifique su grado en la escuela.
- C) **¿Tiene usted niños bajo su cuidado temporal?** Si algunos de los niños informados son niños bajo adopción temporal, marque la casilla "Niño bajo cuidado temporal" junto al nombre del niño. **Niños bajo su cuidado temporal que viven con usted podrán contar como miembros de su familia/hogar y deberían estar incluidos en su solicitud.** Si usted solamente está solicitando para los niños bajo su cuidado temporal, después de llenar el PASO 1, salte al "PASO 4" de la solicitud y estas instrucciones.
- D) **¿Están algunos de los niños sin hogar, son migrantes, o fugitivos?** Si usted cree que cualquier niño informado en esta sección cumple con esta descripción, por favor marque la casilla "Sin Hogar, Migrante, Fugitivo" junto al nombre del niño y **complete todos los pasos de la solicitud.**

PASO 2: ¿PARTICIPAN ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (INCLUYÉNDOSE A USTED) EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE AYUDA: ASISTENCIA PARA ALIMENTO, FIP, O FDPIR?

Si alguien en su hogar participa en los programas de ayuda mencionados a continuación, sus hijos son elegibles para las comidas gratis:

- Asistencia para Alimentos (FA)
- Programa de Inversión Familiar (FIP)
- Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR)

A) SI NADIE EN SU HOGAR PARTICIPA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS MENCIONADOS ANTES:

- Dibuje un círculo alrededor de 'No' y salte al PASO 3 en estas instrucciones y PASO 3 en su solicitud.
- Deje el PASO 2 en blanco.

B) SI ALGUIEN EN SU HOGAR PARTICIPA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS MENCIONADOS ANTES:

- Dibuje en un círculo alrededor de 'Si' y proporcione el número de caso para FA, FIP, FDPIR y el nombre del miembro del hogar con ese número de caso. Usted solamente necesita escribir un número de caso. Si usted participa en uno de estos programas y no sabe su número de caso, está ubicado en Notice of Decision (Notificación de la Decisión). **Usted deberá proporcionar un número de caso en su solicitud si usted marco "SI".**

PASO 3: INFORME LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARA CADA MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR:

- A) **Escriba el nombre del Miembro Adulto del Hogar.** Escriba con letra de molde el nombre de cada miembro del hogar en las casillas marcadas "Nombres de los Miembros Adultos del Hogar (Nombre y Apellido)." **No incluya ningún miembro que escribiste en el PASO 1.** Si un niño mencionado en el PASO 1 tiene ingresos, siga las instrucciones en el PASO 3, parte A.

¿A quién debería yo incluir aquí?

Al llenar esta sección, por favor incluya a **todos** los miembros en su hogar quienes están:

- Viviendo con usted y comparten ingresos y gastos, *aun si no son familiares y aun si ellos no reciben ingresos por su cuenta.*

No incluya a personas que:

- *Viven con usted pero no se les apoya con los ingresos del hogar y no contribuyen a los ingresos a su hogar.*
- *Los niños y estudiantes ya mencionados en el Paso 1.*

¿Cómo relleno la cantidad de los ingresos y la fuente?

PARA CADA TIPO DE INGRESO:

- *Utilice la tabla en la página 4 para determinar si su hogar tiene ingresos para informar.*
- **Informe todas cantidades bajo *ingresos brutos* SOLAMENTE.** Informe todos los ingresos en dólares enteros. No incluya centavos.
 - *Ingresos brutos son el total de ingresos recibidos antes de los impuestos o deducciones.*
 - *Muchas personas ven los ingresos como la cantidad que "llevan a casa" y no el total, cantidad "bruto". Asegúrese de que los ingresos que informas en esta solicitud NO se han reducido para pagar los impuestos, prima de seguro u cualquier otra cantidad tomada de su pago.*
- *Escribe un "0" en cualquier campo donde no hay ingresos que informar. Todos los campos que se dejen vacíos o en blanco se contarán como ceros. Si usted escribe '0' o deja cualquier campo en blanco, estas certificando (prometiendo) que no hay ingresos que informar. Si los funcionarios locales tienen conocimiento o información disponible de que los ingresos de su hogar fueron informados incorrectamente, su solicitud será verificada por la causa.*

- B) **Informe ganancias del trabajo.** Refiérase a la tabla titulada "Fuentes de Ingresos para los Adultos" en estas instrucciones en la página 4 e informe todos los ingresos del trabajo en el campo "Ganancias del Trabajo" en la solicitud. Esto es generalmente el dinero recibido por trabajar en empleos. Si usted está trabajando un negocio por su cuenta o es dueño de una granja, usted informará sus ingresos netos. Si usted necesita ayuda con esto, pregúntele a la escuela de su hijo para obtener la Hoja Suplementaria lo cual tiene cálculos para quien trabaja por su cuenta.

¿Si estoy trabajando por mi cuenta?

Si usted está trabajando por su cuenta, informe los ingresos de su trabajo como una cantidad **neto**. Esto se calcula al restar el total de gastos de operación de su negocio de los ingresos brutos y los impuestos. Pregunte en su escuela por la Hoja Suplementaria para ayudarle al determinar sus ingresos mensuales brutos anuales antes de las deducciones.

- C) **Informe los ingresos de la Asistencia Pública/Manutención/Pensión Alimenticia.** Refiérase a la Tabla 2 a continuación titulada "Fuentes de Ingresos para Adultos" en estas instrucciones en la página 4 e informe todos los ingresos que aplican en el campo "Asistencia Pública/Manutención/Pensión Alimenticia" en la solicitud. No informe el valor de cualquier valor

en efectivo de los beneficios de asistencia pública NO mencionados en la tabla. Si se reciben los ingresos por la manutención o la pensión alimenticia, solamente se deberían informar aquí, los pagos por **mandato judicial**. Pagos informales pero regulares deberían reportarse como “otros” ingresos en la siguiente parte.

- D) Informe los ingresos de Pensiones/Jubilación/Todos los demás ingresos.** Refiérase a la Tabla 2 a continuación titulada “Fuentes de Ingresos para Adultos” en estas instrucciones e informe todos los ingresos que aplican en el campo “Pensiones/Jubilación/Todos los demás ingresos” en la solicitud.

Tabla 1. Fuentes de Ingresos para Adultos

Ganancias del Trabajo	Asistencia Pública/Pensión Alimenticia/Manutención	Pensiones/Jubilación/Todos los Demás Ingresos
<ul style="list-style-type: none"> • Salario, sueldos, bonos en efectivo • Ingresos netos por trabajar por su cuenta (granja o negocio) • Beneficios de huelga <p>Si usted está en el militar EE.UU.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago básico y bonos en efectivo (NO incluye pago de combate, FSSA o subsidio de alojamiento privatizado) • Pensiones para alojamiento no en la base, comida, o ropa 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de desempleo • Compensación de trabajadores • Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) • Asistencia con efectivo del gobierno estatal o local • Pagos de Pensión Alimenticia • Pagos de Manutención • Beneficios de los Veteranos 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Social (incluyendo jubilación ferroviaria y beneficios para los de pulmón negro) • Pensiones Privadas o de discapacidad • Ingresos de fideicomiso o inmuebles • Anualidad • Ingreso de Inversión • Intereses devengados • Ingresos de renta • Pagos en efectivo regulares de fuera del hogar

- E) Informe todos los ingresos obtenidos por los niños.** Refiérase a la tabla abajo titulado “Fuentes de Ingresos para Niños” e informe los ingresos brutos combinados para TODOS los niños mencionados en el Paso 1 en su hogar en la casilla marcada “Ingresos Totales del Niño.” Solo cuenta los ingresos de los niños bajo cuidado temporal si usted está solicitando por ellos con los demás de su hogar (ingresos de un trabajo de media jornada o de cualquier fondos que se proporcionaron al niño para el uso personal del niño). Es opcional que el hogar incluya los niños bajo su cuidado temporal que viven con ellos como parte del hogar/familia en la solicitud para niños que no están bajo adopción temporal.

Tabla 2. Fuentes de Ingresos para Niños

¿Qué es Ingreso del Niño?	
Ingreso del niño es dinero recibido fuera de su hogar que se paga directamente a sus hijos. Muchos de los hogares no tienen ingresos de los niños. Utilice la siguiente tabla para determinar si su hogar tiene ingresos de los niños que deban informar.	
Fuentes de Ingreso del Niño	Ejemplo(s)
<ul style="list-style-type: none"> • Ahorros de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Un niño tiene un trabajo donde ellos ganan un salario o sueldo. (Ganancias no frecuentes, tal como los ingresos de cuidar niños o cortar el césped, no se cuentan como ingresos.)
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Social <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pagos por Discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Un niño está ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social. • Un padre esta discapacitado, jubilado, o fallecido, y su hijo recibe beneficios del seguro social.
<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos de personas <i>fuera</i> del hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Un amigo o pariente lejano le da al niño dinero para sus gastos con regularidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos de cualquier otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> • Un niño recibe ingresos de fondos de una pensión privada , anualidad, o fideicomiso

- F) Informe el total de miembros del hogar.** Escriba el número total de los miembros del hogar en el campo “Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos).” Este número DEBERÁ ser igual que

el número de miembros en el hogar mencionados en el PASO 1 y PASO 3. Si hay miembros en su hogar que no ha mencionado en la solicitud, regrese y añádalos. Es muy importante incluir todos los miembros del hogar, ya que la cantidad de los que son de su hogar determina el límite de sus ingresos para poder calificar para las comidas gratis y a precio reducido.

- G) Proporcione los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social.** El principal asalariado del hogar u otro miembro adulto del hogar deberá introducir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social en el espacio proporcionado. **Usted es elegible para solicitar beneficios aun si no tiene un Número de Seguro Social.** Si ningún miembro adulto del hogar tiene un Número de Seguro Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha designada "Marque si no tiene SSN."

PASO 4: DATOS Y FIRMA DEL ADULTO

Todas las solicitudes deberían firmarse por un miembro adulto del hogar. Al firmar la solicitud, ese miembro del hogar está prometiendo que toda la información ha sido informada sinceramente y completamente. **Antes de llenar esta sección, por favor también asegúrese que ha leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles al reverso de la solicitud.**

- A) Proporcione sus datos.** Escriba su dirección actual en los campos proporcionados si esta información está disponible. **Si usted no tiene una dirección permanente, esto no hace que sus hijos sean inelegibles para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido.** Compartiendo un número de teléfono, dirección de correo electrónico, o los dos es opcional, pero nos ayuda a contactarlo rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.
- B) Escriba su nombre en letra de molde y firme.** Escriba su nombre en letra de molde en la casilla "Nombre en letras de molde del adulto llenando el formulario." Y firme su nombre en la casilla "Firma del adulto llenando el formulario."
- C) Escriba la Fecha de Hoy.** En el espacio proporcionado, escriba la fecha de hoy en la casilla.
- D) Al reverso de la solicitud, comparta las Identidades Étnicas y Raciales de los niños (opcional).** Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis o a precio reducido.
- E) Si usted no desea que la información de su familia/hogar se comparta con hawk-i, escriba su nombre en letra de molde, firma, y fecha en la casilla proporcionada.**
- F) Si usted necesita una solicitud con instrucciones, se podrán hallar en 34 idiomas al:**
<http://www.fns.usda.gov/school-meals/family-friendly-application-traslations>.

2017-2018 Solicitud de Iowa Para Comidas/Leche Gratis o a Precio Reducido

Solicitud #: _____

Fecha de Recepción: _____

Llene una solicitud por hogar. Por favor utilice un bolígrafo (no un lápiz). Esta solicitud no se puede aprobar al menos que se entregue información completa de elegibilidad.

PASO 1 **Enumere TODOS los Miembros del Hogar quienes son infantes, niños, y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja suplementaria.)**

Definición de un Miembro del Hogar "Cualquier persona que esta viviendo con usted y que comparte ingresos y gastos, aun si no son parientes."	Primer Nombre del Niño	Inicial 2º nombre	Apellido del niño	?Estudiante?	Escuela del Niño	Grado	Niño bajo cuidado temporal	Sim Hogar, Migrante, Fugitivo
Niños en el Foster care (cuidado temporal) y niños que cumplen con la definición de estar Sin Hogar, Migrante, Fugitivo y son elegibles para comidas gratis. Lea Como Solicitar Comidas de la Escuela Gratis o a Precio Reducido para más información.	_____	_____	_____	SI No	_____	_____	Marque todos los que correspondan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PASO 2 **?Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose usted) en uno o más de los siguientes programas de ayuda: Asistencia con Alimentos (Food Assistance), FIP o FDDPIR? Marque uno con un círculo: Si / No No, llene PASO 3. Si usted contesta Si, escriba el número de caso aquí entonces siga al PASO 4 (No llene PASO 3).**

Escriba solamente un número de caso en este espacio, números de tarjeta de Medicaid, Title XIX y EBT no son aceptables.

Numero de Caso: _____ Nombre del Miembro del Hogar con el Número de Caso: _____

PASO 3 **Informe el Ingreso para TODOS los Miembros del Hogar (Salte este paso si usted contesto 'Si' al PASO 2)**

Por favor lea Como Solicitar Comidas de la Escuela Gratis o a Precio Reducido para más información. La sección Fuentes de Ingreso para Niños le ayudará con la pregunta Ingreso del Niño. La sección Fuentes de Ingreso para Adultos le ayudará con la sección Todos los Miembros Adultos del Hogar.

A. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose usted) Enumere todos los Miembros del Hogar no enumerados en el PASO 1 (incluyéndose usted) aun si no reciben ingreso. Para cada Miembro del Hogar enumerado, si reciben ingresos, informe el total del ingreso bruto por cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingreso de ninguna fuente, escriba '0' si usted rellena '0' o si usted deja cualquier campo en blanco, usted está declarando (prometiéndolo) que no hay ingreso que informar. Aplicaciones con campos de ingreso en blanco se procesaran como completos. Si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja suplementaria.

Nombre de los Miembros Adultos del Hogar (Primero y Apellido)	B. Ganancias del Trabajo	?Que tan frecuente? Semanal/Quincenal/2 veces por mes/Mensual	C. Asistencia Publica/ Mantención/Pensión Alimenticia	?Que tan frecuente? Semanal/Quincenal/2 veces por mes/Mensual	D. Pensiones/Jubilación/ Todos los Demas Ingresos	?Que tan frecuente? Semanal/Quincenal/2 veces por mes/Mensual
_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____

E. Ingreso del Niño
A. veces los niños en el hogar obtienen ingresos. Por favor incluya el TOTAL de ingresos brutos obtenidos por todos los Miembros del Hogar enumerados en el PASO 1 aquí: \$ _____

F. Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos)

G. Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal de Ingresos u Otro Miembro Adulto del Hogar X X X X - X X - _____ Marque si no tiene SSN

PASO 4 **Datos y Firma del Adulto**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos están informados. Entiendo que esta información se da en conexión con la recepción de los fondos Federales, y que los funcionarios de la escuela podrán verificar (comprobar) la información. Estoy consciente de que si yo doy información falsa, mis hijos podrán perder los beneficios de comida, y puedo ser procesado bajo las Leyes Estatales y Federales aplicables.

Dirección (si está disponible)/Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono Durante el Día (Opcional) _____ Correo Electrónico (Opcional) _____

Nombre en letras de molde del adulto llenando el formulario _____ Firma del adulto llenando el formulario _____ Fecha de hoy _____

NO ESCRIBAS DEBAJO DE ESTA LINEA. PARA EL USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.

Annual income conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12

Household Income: \$ _____ Weekly Bi-Weekly Twice Monthly Monthly Annually Household Size: _____

Application Approved: Income Foster Child FIP/Food Assistance Head Start (documentation required) Homeless/Migrant/Rumaway-Local Official Documentation Required

Eligibility Determination: Free Reduced Free Milk Application Denied: Incomplete Over income limits

Determining Official _____ Effective Date _____ Confirming Official _____ Date _____ Follow-up Signature _____ Date _____

OPCIONAL**Identidades Étnicas y Raciales del Niño**

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y etnicidad de su hijo. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos que estamos sirviendo a nuestra comunidad por completo. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de que su hijo obtenga comidas gratis o a precio reducido.

Etnicidad (marque una): Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más): Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u Otro de las Islas del Pacífico Blanco

Seguro Médico para Niños de Bajo Costo

Si sus hijos no tienen seguro médico, muchas familias que están recibiendo comidas gratis o a precio reducido también pueden obtener un seguro médico gratis o de bajo costo para sus hijos. La ley requiere que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad para recibir comida gratis o a precio reducido con Medicaid y **hawk-i**, el programa Estatal de seguro médico para niños. Escuelas privadas, RCCIs, y organizaciones de cuidado infantil podrán escoger a compartir esta información. Específicamente, le daremos el nombre de su hijo, el nombre de usted y su dirección. Solamente Medicaid y **hawk-i** pueden utilizar la información para identificar a los niños que podrán ser elegibles para el seguro médico gratis o a bajo costo y contactarlo a usted. No está obligado a permitirnos a compartir esta información, no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis o a precio reducido. **Si usted NO quiere que su información se comparta con Medicaid o hawk-i, debe informarnos al llenar la siguiente información.** Si usted desea más información, usted podrá llamar a **hawk-i** al 1-800-257-8563. Además, si usted ya está recibiendo Medicaid o **hawk-i**, por favor firme abajo. Esto evitara otra llamada.

Mi firma abajo indica que YO NO QUIERO que los funcionarios de la escuela compartan información de mi solicitud para recibir comidas gratis y a precio reducido con Medicaid o **hawk-i**.

Nombre de Padre/Tutor (En letra de Moide)

Firma

Fecha

La ley Richard B. Russell National School Lunch Act requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si usted no entrega toda la información necesaria, no podemos aprobar a su hijo para recibir comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no se requiere cuando usted aplica de parte de un niño bajo cuidado temporal o enumeras un número de caso de la Asistencia para Alimentos (FA), Programa de Inversión Familiar (FIP) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPPIR) u otro identificador FDPPIR para su hijo o cuando usted indique que el miembro adulto del hogar que está firmando la aplicación no tiene un número de seguro social. Utilizaremos la información de usted para determinar si su hijo es elegible para las comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Tal vez compartamos su información de elegibilidad con los programas de educación, salud, y alimentación para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, auditor de revisión de programas, y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar las violaciones de las reglas de los programas.

Declaración de No Discriminación del USDA: De acuerdo con las leyes de derechos civiles Federales y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), la USDA, sus Agencias, oficinas, y empleados, e instituciones participando en o administrando los programas del USDA se prohíben de discriminar basados en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, retención o repesalia por una actividad previa de los derechos civiles en cualquier programa o actividad organizada o financiada por la USDA.

Personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativas para información del programa (ejemplo: braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas americana, etc.), deberían contactar la Agencia (Estatal o local) donde ellos solicitaron para beneficios. Los individuos quienes están sordos, con problemas de audición o tienen discapacidades del habla podrán contactar el USDA mediante el Federal Relay Service al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa podrá estar disponible en idiomas además del inglés.

Para presentar una demanda al programa por discriminación, llene la Formulario de Demanda al Programa USDA por Discriminación, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y a cualquier oficina de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en la formulario. Para solicitar una copia del formulario de demanda, llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario o carta completado a USDA por:

- (1) Carta: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D. C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program_intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de No Discriminación de Iowa: "Es la política de este proveedor CNP a no discriminar a base de raza creencia, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, discapacidad, edad, o religión en sus programas, actividades, o prácticas de empleo como es requerido por la sección Iowa Code 216.6, 216.7, y 216.9. Si usted tiene preguntas o quejas con respecto al cumplimiento de esta política por este Proveedor CNP, por favor contacte al Iowa Civil Rights Commission, 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/>"

Solicitudes traducidas están disponibles en 34 idiomas en: <http://www.fns.usda.gov/shool-meals/family-friendly-application-translations>

2017-2018 Solicitud de Iowa Para Comidas Gratis o a Precio Reducido/Hoja Suplementaria Opcional

Niños Adicionales en su Hogar (No aparece en la pagina 1)

Primer Nombre del Niño	Inicial 2º nombre	Apellido del niño	¿Estudiante?	Escuela del Niño	Grado	Niño bajo cuidado temporal	Sin Hogar, Migrante, Fugitivo
			Si	No	Marque todos los que correspondan		
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adultos Adicionales en su Hogar (No aparece en la pagina 1)

Nombre de los Miembros Adultos del Hogar (Primer y Apellido)	Ganancias del Trabajo	¿Qué tan frecuente? Semanal/Quincenal/2 veces por mes/Mensual	Asistencia Pública/Manutención/Pensión Alimenticia	¿Qué tan frecuente? Semanal/Quincenal/2 veces por mes/Mensual	E: Pensiones/Jubilación/ Todos los Demás Ingresos	¿Qué tan frecuente? Semanal/Quincenal/2 veces por mes/Mensual
_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____

Cálculos de ingresos para quienes trabajan por su cuenta

Esta hoja le ayudara a calcular la cantidad para informar si usted se dedica a la agricultura, trabaja por su cuenta o tiene ingresos de otras fuentes. Personas que trabajan por su cuenta podrán utilizar las declaraciones de impuestos para el año calendario anterior como base para proyectar el ingreso neto del año corriente, al menos que el ingreso del mes corriente proporcione una medida más precisa. Informe el ingreso que proviene del negocio menos los costos operativos incurridos en la producción de ese ingreso. Deducciones para gastos personales tal como intereses en los pagos del hogar, gastos médicos, y otras deducciones similares que no son del negocio no se permiten en la reducción de los ingresos brutos del negocio. Ingresos adicionales de otros tipos de empleos se deberían tratar como algo separado y aparte del ingreso generado o perdido de su negocio. Por ejemplo, si usted operó un negocio a una pérdida neta, pero mantuvo un empleo adicional por lo cual un salario se recibió, los ingresos para propósitos de solicitar comidas a precio reducido o gratis serían los ingresos del salario solamente. Las pérdidas del negocio no se pueden deducir del ingreso positivo obtenido en otro empleo. Para propósitos de esta solicitud, no es posible informar un ingreso negativo de cualquier negocio. El menor ingreso posible es cero (ningún ingreso). La información necesaria por llegar a un ingreso permisible de la operación del negocio privado se podrá tomar de su declaración de ingresos (U.S. Individual Income Tax Return - Form 1040) más recientes. Sumo junto las cantidades informadas en las siguientes líneas:

LÍNEA 12 \$ _____	Ingresos del Negocio o (Perdida)
LÍNEA 13 \$ _____	
LÍNEA 14 \$ _____	
LÍNEA 17 \$ _____	
LÍNEA 18 \$ _____	
TOTAL \$ _____	
Ingreso Mensual Calculado \$ _____	(Ingreso Bruto Anual / 12 = Ingreso Mensual Calculado)

El ingreso mensual calculado debería informarse en el Paso 3 en la Solicitud Para Comidas Gratis o a Precio Reducido bajo Todos los Demás Ingresos. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

ESTE ES UN FORMULARIO DE 2 CARAS - POR FAVOR VEA EL OTRO LADO

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE MCSD

Si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir comidas gratis o a precio reducido, usted tal vez sea elegible también para otros beneficios. Uno de estos beneficios son las tarifas escolares. Su firma se requiere para la autorización de compartir la información respecto al estudiante o la elegibilidad financiera de la familia del estudiante para los programas a continuación. La elegibilidad financiera de su familia se comparará con estos programas.

Programa Educativo (Inscripción, Libro, Excursiones) Programas de Música (Instrumentos; Zapatos) Transportación (Autobús) Programas Deportivos (Tarifas, Zapatos, Exámenes Físicos) Salud (Exámenes, Dental)

Entiendo que yo estaré autorizando compartir la información que mostrará que yo solicité para que mi(s) hijo(s) recibiera(n) comidas gratis y a precio reducido. Renuncio a mis derechos de confidencialidad para la exención de las tarifas escolares SOLAMENTE.

Certifico que yo soy el padre/tutor del niño/los niños por quien(es) se está haciendo la solicitud.

Firma del Padre/tutor _____ Fecha _____

USTED NO TIENE QUE LLENAR ESTA EXENCIÓN PARA RECIBIR COMIDAS DE LA ESCUELA GRATIS O A PRECIO REDUCIDO.