Solicitud 2026-2027 de Iowa 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 hojade trabajo suplementaria).

Definición del **miembro de familia**:"Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no estén relacionados". Los niños en **cuidado sustituto** y los niños que cumplan 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? Sí	¿Estudiante? No	Escuela del menor	Grado	Crianza Temporal	Sin hogar, inmigrante, que ha huido	Opcional: Origen étnico (H= Hispano o Latino, N= No Hispano o Latino)	Opcional: Raza (A=Asiático W=Blanco I= Amerindio o Nativo de Alaska B= Negro o Afroamericano P= Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico)
								Marque todos los que			

Completar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para que reciban comidas gratis o a precio reducido

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 FDPIR?
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)

A: Miembros totales del hogar(Niños y adultos) _____

B. últimos cuatro dígitos del números del seguro social (SSN) de Principal asalariado u otro Miembro adulto del hogar XXX-XX- _____

C. Marque si no tiene SSN ☐

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 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 ingresosen 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. Para un hogar con ingresos provenientes de salarios y trabajo por cuenta propia, cada monto debe detallarse por separado

Nombre de adultos miembros del hogar (nombre y apellido. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o universidad.)	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)				
		Semanalmente	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual		Semanalmente	Quincenal	2x Mes	Mensual		Semanalmente	Quincenal	2x Mes	Mensual
	$						$					$				
	$						$					$				
	$						$					$				
	$						$					$				

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
$

¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)

Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual

PASO 4

Información de contacto y firma de un adulto

Devuelva el formulario completo a: Staci Tull, 802 One Tribe Drive, Osceola, IA 50213

"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	Nombre impreso 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 LÍNEA. SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO. **la página dos contiene más información**

Conversión de ingresos anuales				Tamaño del hogar:	Ingreso familiar:	Aplicación #: _____	Fecha de recepción: _____
Semanalmente x52	Quinenal X26	Veses al mes X24	Mensual x12	_____	$_____	☐ Solicitud de propensa a errores	

Funcionario que toma la decision	Fecha de entrada en vigor	Funcionario de confirmación	Fecha	Firma de seguimiento	Fecha

Aplicación aprobada	☐ Ingresos ☐ hijo adoptivo ☐ FIP/Asistencia alimenticia ☐ Head Start (requiere documentación) ☐ Sin hogar/Inmigrante/Huyó de casa-Requiere 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, 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 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, 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 nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de 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/ad-3027.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 secretario 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. *No envíe por correo las solicitudes para comidas gratuitas o a precio reducido a esta dirección; solo las quejas por discriminación.

Esta institución es un proveedor que fomenta la igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación de Iowa: "Es la política de este proveedor CNP, no discriminar por motivos de etnicidad, 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 50321-1270; número telefónico 515-281-4121, 800-457-4416; página de internet: https://icrc.iowa.gov/."

Devuelva el formulario completo a: Staci Tull
802 One Tribe Drive,
Osceola, IA 50123
Staci.tull@clarkecsd.org
FAX 641-342-6101

Fuentes de ingreso del niño

• Ganancias de trabajo
• Seguridad social
  ○ Pagos de discapacidad
  ○ Beneficios de sobreviviente
• Ingresos de personas *ajenas* al hogar
• Ingresos de cualquier otra Fuente

Ganancias de trabajo (Fuentes de ingresos para adultos)	Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención de niños (Fuentes de ingresos para adultos)	Pensiones / Jubilación / Todos los ingresos adicionales (Fuentes de ingresos para adultos)
• Sueldos, salarios, bonos en efectivo • Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (granja o empresa) • Si usted hace parte de las fuerzas militares de los Estados Unidos: a) Pago básico y bonos con valor en efectivo (NO incluya el pago por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) b) Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentación y ropa	• Beneficios de desempleo • Compensación a trabajadores • Ingreso de seguridad suplementario (SSI, por su sigla en inglés) • Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local • Pagos de alimentos • Pagos de manutención de niño • Beneficios para veteranos • Beneficios de huelga	• Seguridad Social (incluyendo jubilación del ferrocarril y beneficios de enfermedad pulmonar minera) • Pensiones privadas o beneficios por discapacidad • Ingresos regulares por fideicomisos o sucesiones • Anualidades • Ingresos por inversiones • Intereses ganados • Ingresos de rentas • Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar

Hoja suplementaria para la solicitud 2026-2027 de Iowa 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	Fecha de nacimiento	¿Estudiante?		Escuela del menor	Grado	Crianza Temporal	Sin hogar, inmigrante, que ha huido	Opcional	
				Sí	NO			Marque todos los que		Completar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para que reciban comidas gratis o a precio reducido	
										Origen étnico	Raza
										H= Hispano o Latino N= No Hispano o Latino	A=Asiático W=Blanco I= Amerindio o Nativo de Alaska B= Negro o Afroamericano P= Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico

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	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)				
nombre y apellido. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o universidad.		Semanalmente	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual		Semanalmente	Quincenal	2x Mes	Mensual		Semanalmente	Quincenal	2x Mes	Mensual
	$						$					$				
	$						$					$				
	$						$					$				
	$						$					$				
	$						$					$				
	$						$					$				

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, encluso programar uno. de Declaración deImpuestos Individual de los Estados Unidos - Formulario 1040 o 1040-SR y Programa 1. Sume 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).