

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ **Solicitud de Elegibilidad de Iowa** **FFY 15-16**  
**Complete una solicitud por hogar. Año escolar 2015-2016**

**Parte 1. Marque todas las casillas correspondientes:**  comidas escolares  niños en centros de cuidado infantil  niños en hogares de cuidado infantil (HP)  leche especial (aplican restricciones)  Proveedor familiar Escala I (HP)  Head Start/Even Start  Nombre del proveedor:

**Parte 2. Elegible para FIP o Asistencia Alimentaria:** Ingrese el Número de Caso de FIP o Asistencia Alimentaria para CUALQUIER miembro familiar según se indica en el Aviso de Decisión. NOTA: No se aceptan números de tarjeta de Medicaid, Title XIX y EBT. Salte la parte 5.

**Nombre del miembro familiar con Número de Caso \_\_\_\_\_ Indique el Número de Caso \_\_\_\_\_**

**Parte 3. Marque si algún niño está sin hogar, es migrante o si se ha escapado del hogar y llame a la escuela de su hijo.**  Escapó  Migrante  Sin hogar

**Parte 4. Niños inscritos. REQUERIDO PARA TODOS LOS SOLICITANTES.**

Indique el nombre de todos los niños inscritos en su hogar. \_\_\_\_\_

**Etnia:** H=Hispano o Latino, N=No Hispano o Latino **Raza:** A=Asiático N=Negro o Afro Americano I=Indio Americano o Nativo de Alaska P=Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico B=Blanco

Apellido	Nombre	Segundo Nombre o Inicial	Marque la casilla para niño ADOPTIVO	Fecha de Nac.	Grado	OPCIONAL Escuelas solamente		Nombre de la Escuela/Head Start/ Centro de cuidado infantil/Hogar
						ETNIA	RAZA	
1.			<input type="checkbox"/>					
2.			<input type="checkbox"/>					
3.			<input type="checkbox"/>					
4.			<input type="checkbox"/>					
5.			<input type="checkbox"/>					

**Parte 5. Ingreso Bruto Total del Hogar. NO COMPLETE LA PARTE 5 SI INDICÓ UN NÚMERO DE FIP O ASISTENCIA ALIMENTARIA EN LA PARTE 3.** Informe el ingreso bruto recibido por CADA miembro familiar una vez en la columna correcta: semanal, cada 2 semanas, dos veces por mes o mensual. El ingreso bruto es el monto ganado antes de los impuestos y de otras deducciones, no el salario neto. Informe todos los demás ingresos mensuales recibidos. Las personas que trabajan por cuenta propia deben ver la hoja al reverso de esta solicitud. Si un miembro familiar no recibe un ingreso de ninguna fuente, marque "sin ingreso" o deje las celdas en blanco. Mi marca "sin ingreso" o deja las celdas en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso para informar.

Indique el nombre de todos los que viven en su hogar, incluyendo los niños en la Parte 4. Adjunte otra página si necesita más espacio. Para los niños ADOPTIVOS, incluya solamente el dinero disponible para el uso personal del niño o el ingreso propio del niño.

Apellido	Nombre	Edad	Marque si NO hay ingreso	Ingreso Bruto: Informe el ingreso cada cuánto se le paga al miembro familiar.				Otros Pagos Mensuales o Ingresos recibidos.		
				Monto bruto ganado semanalmente	Monto bruto ganado cada 2 semanas	Monto bruto ganado dos veces por mes	Monto bruto ganado mensualmente	Bienestar, apoyo infantil pensión alimenticia, subsidios de adopción	Pensión, jubilación, seguro social, SSI, beneficios VA	Todos los demás ingresos
1.			<input type="checkbox"/>							
2.			<input type="checkbox"/>							
3.			<input type="checkbox"/>							
4.			<input type="checkbox"/>							
5.			<input type="checkbox"/>							

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

**Parte 6. Certificación y firma. REQUERIDO PARA TODOS LOS SOLICITANTES.**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están informados. Entiendo que recibiré los beneficios de los fondos federales en base a la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si proporciona información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas/leche y puedo ser procesado. Correo electrónico del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_

Firma del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_ Nombre en imprenta del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

Dirección del adulto que completa el formulario \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Parte 7. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.**

Factores de conversión de ingresos para ingresos anuales: semanal X 52; dos semanas X 26; dos veces por mes X 24; mensual X 12 Ingreso familiar: \$ \_\_\_\_\_  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensual  Anual Tamaño familiar \_\_\_\_\_

Solicitud aprobada:  Ingreso  Niño adoptivo (gratuito)  FIP/Asistencia Alimentaria  DOCUMENTACIÓN REQUERIDA de Head Start  Sin hogar/Migrante/Escapó (Escuelas solamente) –Se requiere documentación oficial local

Elegibilidad Determinación:  Comidas gratuitas  Comidas a precio reducido  Leche gratuita Solicitud negada:  Incompleta  Supera los límites de ingreso

\_\_\_\_\_ **Confirmación de la firma oficial (Escuelas solamente) Fecha**

\_\_\_\_\_ **Control de la firma oficial (Escuelas solamente) Fecha**

**Determinación de la firma oficial** \_\_\_\_\_ **Fecha de vigencia** \_\_\_\_\_

**Formulario de Información de *hawk-i* /Medicaid: Lea esta información y firme si usted no desea que su nombre se revele a *hawk-i* o Medicaid.**

Si sus hijos no tienen seguro médico, estará interesado en saber que muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener seguro médico gratuito o a bajo costo para sus hijos.

La ley exige que las escuelas compartan la información de elegibilidad de comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid y *hawk-i*, el programa de seguro médico estatal para los niños. Específicamente, les proporcionaremos el nombre de su hijo y su nombre y dirección. Medicaid y *hawk-i* pueden usar la información solamente para identificar a los niños que pueden ser elegibles para el seguro médico gratuito o a bajo costo y luego comunicarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido para ningún otro propósito.

Las organizaciones de cuidado infantil tienen la opción de compartir esta información. No es necesario que usted nos permita compartir la información de la solicitud de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid o el programa *hawk-i*. No afectará la elegibilidad de sus hijos para las comidas gratuitas o a precio reducido. Si usted **NO** desea compartir su información con Medicaid o *hawk-i*, debe avisarnos completando la información a continuación cuando completa esta solicitud de elegibilidad. Si desea obtener más información, puede llamar a *hawk-i* al 1-800-257-8563.

**NO deseo que los funcionarios del hogar/escuela patrocinador/centro de cuidado infantil o Head Start comparta la información de mi solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid o *hawk-i*. Además, si usted ya recibe Medicaid o *hawk-i*, firma a continuación. Esto evitará otra comunicación.**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Escuela/Cuidado infantil/Centro de Head Start: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Escuela/Cuidado infantil/Centro de Head Start: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Escuela/Cuidado infantil/Centro de Head Start: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor (Imprenta) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Hoja de Ingreso de Empleo por Cuenta Propia: Esta hoja lo ayudará a calcular el monto a informar si usted desarrolla actividades de agricultura, empleo independiente o tiene ingresos de otras fuentes.**

Las personas que desarrollan actividades agrícolas o que operan otros tipos de negocios privados pueden experimentar variaciones en el flujo de efectivo o ingreso mensual durante todo el año. Estas personas pueden usar sus registros de impuestos del año calendario anterior como base para solicitar las comidas gratuitas o a precio reducido. El ingreso a informar es el ingreso que proviene de la operación comercial menos los costos operativos en los que incurrió durante la generación de dicho ingreso. Las deducciones de gastos personales tales como los gastos médicos y otras deducciones no comerciales no se permiten en la reducción del ingreso bruto comercial.

Si usted recibe ingresos adicionales de otros tipos de empleo, estos ingresos se deben considerar de forma separada del ingreso generado de su operación comercial. USDA **NO** reconoce el ingreso de la misma manera que IRS. USDA no permite una pérdida de una operación comercial para contrarrestar ganancias de sueldos o salarios. Aunque su negocio pueda haber sufrido una pérdida neta operativa, por motivos de esta solicitud, no es posible tener un ingreso negativo. **El menor ingreso autónomo posible es cero (sin ingreso).** Por ejemplo, si usted realizó una operación comercial a una pérdida neta pero tuvo otro trabajo en el que recibió un sueldo, su ingreso para esta solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido sería el ingreso de su sueldo solamente. La pérdida por el negocio no puede deducirse del monto del ingreso ganado en otro trabajo.

Una pérdida de un año anterior por actividades agrícolas u otras operaciones comerciales privadas no se puede usar para reducir el ingreso neto anual actual para determinar la elegibilidad de gratuito o precio reducido. Los sueldos pagados a un esposo u otro miembro de la familia en actividades agrícolas o en operaciones comerciales privadas deben aparecer en el ingreso familiar en la Parte 5 de la solicitud.

**Los ingresos de operaciones comerciales privadas deben obtenerse de la Declaración de Impuestos de Ingreso Individual de EE. UU. – Formulario 1040 más reciente. Use las líneas del 1040 que están identificadas.**

Línea 12 – Ingreso comercial o (pérdida)	\$ _____
Línea 13 – Impuesto sobre Ganancias Distribuibles o (pérdidas)	\$ _____
Línea 14 – Otras Ganancias o (pérdidas)	\$ _____
Línea 17 – Alquiler propiedad inmobiliaria, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc.	\$ _____
Línea 18 – Ingreso por actividad agrícola o (pérdida)	\$ _____
	Total \$ _____

**El menor ingreso posible es cero (no se puede informar un número negativo)** Total +12\* = \_\_\_\_\_

\*Ingrese el monto en la columna "Todos los Demás Ingresos del Mes Pasado" en la Parte 5 en el frente de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa.

**DECLARACIÓN DE EXENCIÓN**

Si su niño califica para libre o comidas a precio reducido, usted también puede ser elegible para otros beneficios. Algunos de estos beneficios son tarifas para alquiler de libro, escuela de verano y Educación de conductores. Si firman esta renuncia, sus hijos se considerará para una exención total o parcial de las cuotas de libro alquiler, escuela de verano y controladores de Educación de.

Entiendo que va soltando información que mostrará que aplica gratis y comidas a escolares precio reducido para mis hijos. Renuncio a mis derechos de confidencialidad de exención de matrícula sólo. Certifico que soy el padre/tutor del niño para quien se está realizando la aplicación.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**USTED NO TIENE QUE COMPLETAR ESTA DECLARACIÓN DE EXENCIÓN PARA OBTENER COMIDAS GRATUITAS O DE PRECIO REDUCIDO EN LA ESCUELA.**