

Solicitud 2025-2026 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 hoja de trabajo suplementaria).

Definición del miembro de familia: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no están relacionados". Los niños en cuidado sustituto y los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar , inmigrantes o que han huido , son elegibles para recibir comidas gratis. Tenemos la obligación de solicitar información sobre la etnicidad de sus hijos y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad.	Primer nombre del menor	SN	Apellido del menor	Fecha de nacimiento	¿Estudiante?		Escuela del menor	Grado	Crianza Temporal		Sin hogar: Inmigrante, que ha huido	Opcional	
					Si	No			Marque todos los que	Complete 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= Americano o Nativo de Alaska B= Negro o Afroamericano P= Nativo de Hawái u otro Suroeste del Pacífico

PASO 2 ¿Alguno de los miembros del hogar (incluido usted) en este momento participan en uno o más de los siguientes programas de asistencia?: **SNAP, FIP, o FDIPIR?**
 No, vaya al PASO 3. Si su respuesta es Sí, escriba un número de caso aquí y vaya al paso 4 (No complete el PASO 3).

Escriba solo un número de caso en este espacio. No se aceptan números de tarjeta Medicaid y EBT. Número de caso: _____

PASO 3 Informe de ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió "Si" al PASO 2) Número de ingresos del hogar (Niños y adultos) _____ B. últimos cuatro dígitos de los 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 ingresos blanco serán procesadas como completas. Si requiere más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja de trabajo suplementaria. La sección de fuentes de ingresos para adultos le ayudará con la sección de todos los miembros adultos del hogar. Informe los ingresos antes de las deducciones o impuestos en dólares enteros. 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	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? (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.	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

E. Ingresos del menor: Los niños en el hogar a veces ganan o reciben dinero. Incluya aquí el ingreso bruto TOTAL de todos los miembros del hogar enunciados en el PASO 1. Ingreso total del menor \$ _____

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto **Devuelva el formulario completo a:** _____

Certificar (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 LINEA. SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO. la página dos contiene más información

Conversion de ingresos anuales Semanalmente x52 Quincenal X26 Veses al mes X24 Mensual x12 Tamaño del hogar: \$ _____ Ingreso familiar: \$ _____

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

Aplicación aprobada Ingresos hijo adoptivo FIP/Asistencia alimenticia Head Start (requiere documentación) Sin hogar/Inmigrante/Huyó de casa -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 contactarlo.

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 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 decirnoslo 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 ayudarnos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarnos 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 resalta 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.

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

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

Hay solicitudes traducidas en: <http://www.fns.usda.gov/school-meals/translated-applications>

Información opcional de exención

Devuelva el formulario completo a:

Fuentes de ingreso del niño	Ganancias de trabajo (Fuentes de ingresos para adultos)	Asistencia pública/pensión alimenticia/mantenimiento de niños (Fuentes de ingresos para adultos)	Pensiones / Jubilación / Todos los ingresos adicionales (Fuentes de ingresos para adultos)
<ul style="list-style-type: none">• Ganancias de trabajo• Seguridad social<ul style="list-style-type: none">◦ Pagos de discapacidad◦ Beneficios de sobreviviente• Ingresos de personas ajenas al hogar• Ingresos de cualquier otra Fuente	<ul style="list-style-type: none">• 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:<ol style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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

