

## CÓMO HACER SU SOLICITUD PARA COMIDAS/LECHE GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Por favor, siga estas instrucciones para llenar la solicitud de comidas/leche escolares gratis o a precio reducido. Presente sólo **una** solicitud por familia, así sus hijos asistan a escuelas distintas de **Seton Catholic School**. Por favor siga estas instrucciones en orden. Cada paso de las instrucciones es el mismo que los pasos de su solicitud. Llene por completo la solicitud para certificar a sus hijos para la recepción de comidas gratis o a precio reducido. **Las solicitudes completas se deben enviar por correo o devolver a Seton Catholic School, 7597 Burds Rd, Peosta, IA 52068**. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, por favor contacte a **Cindy Nierling, 563-556-5967**.

**POR FAVOR, UTILICE BOLÍGRAFO (NO LÁPIZ) AL LLENAR LA SOLICITUD PROCURE ESCRIBIR CON CLARIDAD.**

**PASO 1:** ENUMERE TODOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR QUE SEAN BEBÉS, NIÑOS Y ESTUDIANTES HASTA, E INCLUYENDO, GRADO 12.

Díganos cuántos bebés, niños y estudiantes en edad escolar viven en su hogar. NO tienen que tener ningún grado de consanguinidad con usted para ser parte de su hogar.

**¿A quién debería escribir aquí?** Al completar esta sección, por favor incluya a todos los miembros del hogar que son:

- Jóvenes de 18 años o menores **y** que reciban sustento con los ingresos del hogar;
- Bajo su cuidado dentro de un acuerdo acogida paternidad sustituta, o que califiquen como personas sin hogar, inmigrantes o que han huido;
- Estudiantes que asistan a **Seton Catholic School**, *independientemente de su edad*.

- A) Enumere los nombres de cada niño y fecha de nacimiento.** Escriba el primer nombre de cada niño, inicial de segundo nombre, apellido y fecha de nacimiento (opcional). Utilice una línea de la aplicación para cada niño. Si hay más niños que líneas disponibles en la solicitud, adjunte una hoja de trabajo suplementaria, la cual puede obtener en la escuela, con toda la información requerida para los niños adicionales.
- B) ¿El niño estudia?** Marque "Sí" o "No" bajo la columna titulada "estudiante" para decirnos cuál niño estudia en **Seton Catholic School**. Si marcó 'Sí', escriba a qué escuela asiste el niño y el grado en el que se encuentra bajo la columna "Grado" a la derecha.
- C) ¿Tiene algún hijo de crianza?** Si cualquiera de los niños mencionados es hijo de crianza, marque la casilla de "Hijo de Crianza" junto al nombre del niño. Si **SÓLO** está presentando una solicitud para niños de crianza, después de completar el PASO 1, prosiga al "PASO 4". Los hijos de crianza que vivan con usted pueden contar como miembros de su hogar y debe mencionarlos en su solicitud. Si ya está presentando una solicitud para niños de crianza y naturales, prosiga al paso 3.
- D) ¿Alguno de los niños es un niño sin hogar, inmigrante o que ha huido?** Si cree que cualquiera de los niños mencionados en esta sección puede cumplir con esta descripción, por favor marque la casilla "sin hogar, inmigrante, que ha huido" junto al nombre del niño y **complete todos los pasos de la solicitud**.
- E) Comparta las identidades étnicas y raciales de los niños (opcional).** En el respaldo de la solicitud, pedimos que comparta información sobre la raza y etnicidad de sus hijos. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para que reciban comidas gratis o a precio reducido.

**PASO 2:** ¿ALGÚN MIEMVRO DE SU HOGAR PARTICIPA ACTUALMENTE EN el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), FIP, O FDPIR?

Si cualquiera de los miembros de su hogar (incluido usted) participa en los programas de asistencia indicados a continuación, sus hijos son elegibles para recibir comidas gratuitas en las escuelas:

- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, anteriormente Food Assistance en Iowa)
- El Programa de Inversión Familiar (FIP)
- El Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR)

**A) SI NINGUNO DE LOS INTEGRANTES DE SU HOGAR PARTICIPA EN CUALQUIER DE LOS PROGRAMAS ANTERIORMENTE MENCIONADOS:**

- Encierre 'NO' y vaya al PASO 3. (Deje el resto del PASO 2 en blanco)

**B) SI CUALQUIERA DE LOS INTEGRANTES DE SU HOGAR PARTICIPA EN CUALQUIER DE LOS PROGRAMAS ANTERIORMENTE MENCIONADOS:**

- Encierre en un círculo 'SÍ' y escriba un número de caso para SNAP, FIP, o FDPIR. Escriba sólo un número de caso. Si usted participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, éste se encuentra en la Notificación de Decisión. **Proporcione un número de caso en su solicitud si encerró en un círculo "SÍ".**
- Vaya al PASO 4.

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

Reporte todas las cantidades ÚNICAMENTE EN INGRESOS BRUTOS. Reporte todos los ingresos en dólares enteros. No incluya centavos.

El ingreso bruto es el ingreso total recibido antes de impuestos.

Muchos piensan que los ingresos son la cantidad de dinero que "llevan a casa" y no el total, la cantidad "bruta". Asegúrese de que los ingresos que reporte en esta solicitud NO hayan sido reducido para pagar impuestos, primas de seguros, o de cualquier otra cantidad tomadas de su pago.

Escriba un "0" en cualquier campo donde no hay ingresos para reportar. Cualquier campo de ingreso que quede vacío o en blanco también se contará como en ceros. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para reportar. Si los

- A) Reporte el tamaño total del hogar.** Ingrese el número total de miembros del hogar en el campo "Tamaño total del hogar (niños y adultos)". Este número **DEBE** ser igual al número de miembros del hogar que figuran en el PASO 1 y PASO 3. Si en la solicitud no ha mencionado cualquiera de los miembros de su hogar, vuelva al paso respectivo para añadirlo. Es muy importante hacer una lista de todos los miembros del hogar, ya que la cantidad de integrantes del hogar afecta su elegibilidad para comidas gratis o a precio reducido.
- B) Escriba los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social.** Un adulto miembro del hogar debe escribir los últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social en el espacio proporcionado.
- C) Usted tiene derecho a solicitar los beneficios incluso si no tiene Número de Seguridad Social.** Si en el hogar no hay miembros adultos con número de seguridad social, deje este espacio en blanco y marque la casilla de la derecha con el texto "Comprobar si no hay SSN".

**PARA CADA MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR:**

- D) Escriba los nombres de los miembros adultos del hogar.** Escriba el nombre de cada miembro del hogar en las casillas marcadas "Nombres de miembros adultos del hogar" (nombre y apellido) **No incluya ningún miembro del hogar que haya mencionado en el PASO 1.**
- Informe ganancias de trabajo.** Consulte el cuadro a continuación titulado "Fuentes de Ingresos para Adultos" e informe todos los ingresos de trabajo en el campo de "Ingresos por trabajo", en el formulario de solicitud. Este suele ser el dinero recibido por trabajos realizados. Si usted es empleado independiente o dueño de una finca, informe su ingreso neto. Si necesita ayuda con esto, solicite en la escuela de su hijo la Hoja de Trabajo

### ¿A quién debería escribir aquí?

Al completar esta sección, por favor incluya a **todos** los miembros adultos del hogar que estén:

Viviendo con usted y que comparta ingresos y gastos, incluso si no tengan relación de consanguinidad e incluso si no reciben ingresos propios.

**No incluya personas que:**

Vivan con usted, pero que no reciban sustento de parte de los ingresos de su hogar y no contribuyan a los ingresos para su hogar.

Niños y los estudiantes ya mencionados en el Paso 1.

Suplementario que contiene cálculos de empleados independientes.

### ¿Qué hago si soy empleado independiente?

Si usted trabaja por cuenta propia, informe los ingresos de trabajo como cantidad **neto**. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su empresa a partir de los ingresos brutos y utilidades. Solicite en la escuela una Hoja de Trabajo Suplementaria para ayudarle a determinar de su ingreso anual bruto por mes, antes de deducciones.

**Informe de ingresos de Asistencia Pública / manutención de niños / pensión alimenticia.** Consulte el cuadro a continuación titulado "Fuentes de Ingresos para Adultos" e informe todos los ingresos que apliquen en el campo de "Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimenticia", en el formulario de solicitud. No incluya en el informe el valor de beneficios de asistencia pública que tengan valor en efectivo y que NO aparezcan enumerados en el gráfico. Si recibe ingresos de manutención para niños o pensión alimenticia, enuncie únicamente los pagos por orden judicial. Reporte los pagos informales pero regulares como "otros" ingresos en la siguiente parte.

**Reporte ingresos de pensiones / jubilación / todos los ingresos adicionales.** Consulte la Tabla 2 a continuación titulada "Fuentes de Ingresos para Adultos" e informe todos los ingresos que apliquen en el campo de "Pensiones/Jubilación/Cualquier otro ingreso", en el formulario de solicitud.

**Tabla 1: Fuentes de ingresos para adultos**

Ganancias de trabajo	Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención de niños	Pensiones / Jubilación / Todos los ingresos adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sueldos, salarios, bonos en efectivo</li> <li>● Ingreso <b>neto</b> de trabajo por cuenta propia (granja o empresa)</li> <li>● Si usted hace parte de las fuerzas militares de los Estados Unidos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pago básico y bonos con valor en efectivo (NO incluya el pago por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)</li> <li>○ Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentación y ropa</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Beneficios de desempleo</li> <li>● Compensación a trabajadores</li> <li>● Ingreso de seguridad suplementario (SSI, por su sigla en inglés)</li> <li>● Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local</li> <li>● Pagos de alimentos</li> <li>● Pagos de manutención de niño</li> <li>● Beneficios para veteranos</li> <li>● Beneficios de huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Seguridad Social (incluyendo jubilación del ferrocarril y beneficios de enfermedad pulmonar minera)</li> <li>● Pensiones privadas o beneficios por discapacidad</li> <li>● Ingresos regulares por fideicomisos o sucesiones</li> <li>● Anualidades</li> <li>● Ingresos por inversiones</li> <li>● Intereses ganados</li> <li>● Ingresos de rentas</li> <li>● Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar</li> </ul>

**E) Reporte todos los ingresos obtenidos por los niños.** Consulte la tabla "Fuentes de Ingresos para Menores" a continuación e informe el ingreso bruto combinado para **TODOS** los niños mencionados en el



Paso 1 en su hogar, en la casilla marcada como "Ingreso Total de Menores". Incluya únicamente ingresos de hijos de crianza si está haciendo una solicitud para ellos con el resto de su hogar (ingreso de un trabajo a tiempo parcial o de cualquier ingreso proporcionado para el uso personal del niño). De manera opcional, el hogar puede incluir en la lista hijos de crianza que vivan con ellos como parte del hogar en una solicitud para hijos que no sean de crianza.

**Tabla 2. Fuentes de ingresos para niños**

<b>¿Qué son ingresos de niños?</b>	
Los ingresos del niño es dinero recibido fuera de su hogar que se pague <b>directamente</b> a sus hijos. Muchos hogares no tienen ingresos de niños. Utilice la siguiente tabla para determinar si su hogar tiene ingresos de niños para informar.	
<b>Fuentes de ingreso del niño</b>	<b>Ejemplo (s)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganancias de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño tiene un trabajo de tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario. (Las ganancias poco frecuentes, como el ingreso ocasional por servir como niñera o cortar el césped, no se cuentan como ingresos.)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad social               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pagos de discapacidad</li> <li>○ Beneficios de sobreviviente</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguridad Social.</li> <li>• Un padre es discapacitado, jubilado, o ha fallecido, y su hijo recibe beneficios de seguridad social.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos de personas <i>ajenas</i> al hogar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un amigo o miembro de la familia extendida proporciona <i>con regularidad</i> dinero para los gastos del niño.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos de cualquier otra fuente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño recibe ingresos regulares de un fondo privado de pensión, anualidad o fideicomiso.</li> </ul>

#### **PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO**

**Todas las solicitudes deben estar firmadas por un adulto miembro del hogar.** Al firmar la solicitud, ese miembro de del hogar asegura que toda la información proporcionada ha sido veraz y completa. **Antes de completar esta sección, por favor asegúrese también de haber leído las declaraciones de privacidad y de derechos civiles en la parte posterior de la solicitud.**

- A) Escriba su información de contacto.** Escriba su dirección actual en los campos correspondientes si tiene disponible esta información. **Si no tiene dirección permanente, esto no hace que sus hijos no sean elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido.** Es opcional compartir un número de teléfono, dirección de correo electrónico, o ambos, pero nos es útil para localizarlo rápidamente si nos es necesario contactarlo.
- B) Escriba y firme con nombre y escriba la fecha de hoy.** Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud y que esa persona firme en la casilla. "Firma del adulto que completó formulario".
- C) Envíe por correo o devuelva el formulario completo a **Seton Catholic School, 7597 Burds Rd, Peosta, IA 52068****
- D) Rechace que su información sea revelada a Hawki.** Si no desea que la información de su hogar sea compartida con Hawki, **imprima, firme y escriba la fecha en el cuadro correspondiente.**
- E) Obtención de solicitudes traducidas.** Si necesita la traducción de una solicitud y sus instrucciones, las puede encontrar en 49 idiomas ingresando a: <https://www.fns.usda.gov/school-meals/translated-applications>.

# Solicitud 2024-2025 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 hojeda 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 <b>custodio 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. 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												
					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											
					Sí	No						H= Hispano o Latino N= No Hispano o Latino	A=Asiático I= Amerindio o Nativo de Alaska B= Negro o Afroamericano P= Nativo de Hawái u otro Ilesno 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) **Si desea hacer su solicitud vía internet, vaya a**

<b>A: Miembros totales del hogar (Niños y adultos)</b>	<b>B. últimos cuatro dígitos del números del seguro social (SSN) de Principal asalariado u otro Miembro adulto del hogar</b>	XXX-XX-	<b>C. Marque si no tiene SSN</b>
--	--	---------	----------------------------------

**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 (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.** 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.

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

**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 **la página dos contiene más información**

"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. Devuelva el formulario completo a:**

Conversión de ingresos anuales	x52	x26	X24	X12	Anual	Ingreso familiar:	Aplicación #:	Fecha de recepción:
Tamaño del hogar: _____	Samana	Quinenal	Veses al mes	Mensual		\$ _____	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Ingresos <input type="checkbox"/> hijo adoptivo <input type="checkbox"/> FIP/Asistencia alimenticia <input type="checkbox"/> Head Start (requiere documentación) <input type="checkbox"/> Sin hogar/Inmigrante/Huyó de casa- Requiere Documentación Oficial Local							
Determinación de elegibilidad	<input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> leche gratis <input type="checkbox"/> Aplicación rechazada <input type="checkbox"/> Supera los límites de ingresos <input type="checkbox"/> 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 compartirlo con cualquier otra entidad o programa. Usted no está obligado a permitimos 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 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 Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), un Programa de Inversión Familia (FIP), o un número de caso de Programa de Distribución de Alimentos o ReservasIndígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR 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 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/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.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 secretaries 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](mailto:program.intake@usda.gov).

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

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

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

### Información opcional de exención

**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. 14<sup>th</sup> St. Des Moines, IA 50319-1004; número telefónico 515-281-4121, 800-457-4416; página de internet: <https://icrc.iowa.gov/>."

**Devuelva el formulario completo a:**

Fuentes de ingreso del niño	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)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ganancias de trabajo</li><li>• Seguridad social<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pagos de discapacidad</li><li>○ Beneficios de sobreviviente</li></ul></li><li>• Ingresos de personas <i>ajenas</i> al hogar</li><li>• Ingresos de cualquier otra Fuente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sueldos, salarios, bonos en efectivo</li><li>• Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (granja o empresa)</li><li>• Si usted hace parte de las fuerzas militares de los Estados Unidos:<ul style="list-style-type: none"><li>a) Pago básico y bonos con valor en efectivo (NO incluya el pago por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)</li><li>b) Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentación y ropa</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficios de desempleo</li><li>• Compensación a trabajadores</li><li>• Ingreso de seguridad suplementario (SSI, por su sigla en inglés)</li><li>• Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local</li><li>• Pagos de alimentos</li><li>• Pagos de manutención de niño</li><li>• Beneficios para veteranos</li><li>• Beneficios de huelga</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seguridad Social (incluyendo jubilación del ferrocarril y beneficios de enfermedad pulmonar minera)</li><li>• Pensiones privadas o beneficios por discapacidad</li><li>• Ingresos regulares por fideicomisos o sucesiones</li><li>• Anualidades</li><li>• Ingresos por inversiones</li><li>• Intereses ganados</li><li>• Ingresos de rentas</li><li>• Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar</li></ul>

**Hoja suplementaria para la solicitud 2024-2025 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					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  nombre y apellido. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o universidad.	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)				
	Semanal mente	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual	Semanal mente	Quincenal	2x Mes	Mensual	Semanal mente	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. Dedicaciones 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 del Impuesto Individual de los Estados Unidos - Formulario 1040 o 1040-SR y Programa 1. Suma 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).

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.