

Complete una solicitud por familia. Por favor, 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".	Primer nombre del menor	SN	Apellido del menor	Fecha de nacimiento	¿Estudiante? Sí No	Escuela del menor	Grado	ciudad	¿Inmigrante, qu ha huido?
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. Para mayor información, lea Cómo solicitar comidas escolares gratuitas y 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?: ¿Asistencia alimentaria, FIP, o FDDPIR?**  
 Encierre sólo uno: Sí / No **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, Title XIX y EBT.

Número de caso: \_\_\_\_\_

Si desea hacer su solicitud vía Internet, vaya a (introducir URL) Elimínelo si NA

**PASO 3** **Informe de ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió "Sí" al PASO 2)**

**A. 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 anunciados en el PASO 1.

**B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted mismo)**  
 Enumere todos los miembros del hogar no mencionados en el PASO 1 (incluido usted mismo) así ellos no reciben 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 en blanco serán procesadas como completas. Si requiere más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja de trabajo suplementaria.

Nombre de miembros adultos del hogar (Nombre y Apellido)	¿Con qué frecuencia?			D. Asistencia pública/ Apoyo/Pensión alimenticia del niño	¿Con qué frecuencia?			E. Pensiones/Jubilación/ Cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia?					
	Semana	Quincenal	2x por mes		Mensual	Sem.	Quincenal		2x por mes	Mensual	Sem.	1	Quincenal	2x por mes

**F. Miembros totales del hogar** (Niños y adultos) **G. últimos cuatro dígitos del número del seguro social (SSN) de** Principal asalariado u otro Miembro adulto del hogar  Marque si no tiene SSN

**PASO 4** **Información de contacto y firma de un adulto**

\*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.\*

Dirección de domicilio (si la tiene) Apt. # Ciudad Estado Código postal Teléfono durante el día (opcional) Correo electrónico (opcional)

Nombre Impreso del adulto que completó el formulario Firma del adulto que completó el formulario Fecha

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO.**

Conversión de Ingresos anuales: Semana x 52; Quincenal x 26; 2 veces al mes x 24; Mensual x 12

Ingreso familiar: \$ \_\_\_\_\_  Semanal  Quincenal  Dos veces por mes  Mensual  Anual  Tamaño del hogar: \_\_\_\_\_

Aplicación aprobada:  Ingresos  Hijo de crianza  FIP/Asistencia alimenticia  Head Start (requiere documentación)  Sin hogar/Inmigrante/Huyó de casa- Requiere Documentación Oficial Local

Determinación de elegibilidad:  Gratis  Reducido  Incompleta  Supera los límites de ingresos

Fecha de recepción por parte de SFA: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL** Identidad étnica y racial de los niños

Tenemos la obligación de solicitar información sobre la etnicidad de sus hijos y su origen étnico. Esta información es importante y ayudará a asegurar que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Completar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para que reciban comidas gratis o a precio reducido. Si no selecciona raza o etnicidad, se seleccionará una por observación.

Origen étnico (marque uno):  Hispano o Latino  No Hispano o Latíno

Raza (marque una o más):  Amerindio o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo de Hawái u otro Isteño del Pacífico  Blanco

**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, RCiS 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 compartir 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 Asistencia Alimentaria (FA), un Programa de Inversión Familia (FIP), o un número de caso de Programa de Distribución de Alimentos o Reservas Indígenas (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 de USDA:** De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados, e instituciones que participan en o administran los programas del USDA no pueden discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o tener represalias o venganzas por actividad previa a los derechos civiles en ningún programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, información en audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben contactar la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas diferentes de inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación en Programa USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), 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: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov).

\*use esta dirección únicamente si está presentando una

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

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

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

Información opcional de exención