

Solicitud de Iowa para comidas escolares/leche gratuitas o a precio reducido para el año escolar 2026-2027 Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). Lea la sección “Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido” para obtener más información sobre cómo completar esta solicitud..

PASO 1	Enumera a TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 .(Si se necesitan más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja de trabajo complementaria).												
Definición de Familiar Miembro : “Cualquier persona que viva contigo y comparta ingresos y gastos, incluso si no relacionado.” Niños en Acogimiento familiar niños que cumplen la definición de Sin hogar,Migranteo Fugitivo son elegibles para comidas gratuitas. Estamos obligados a solicitar información sobre su Raza y etnia de los niños. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar que brindamos un servicio integral a nuestra comunidad.	El primer hijo Nombre	N O S O T R O S	El último niño Nombre	Fecha de Nacimiento	Alumno		Niño Escuela	Calificación	Alentar Niño	Sin hogar, Migrante, Fugitivo	OPCIONAL		
											Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.		
											Etnicidad	Carrera	
						Sí	No					H=Hispano o Latino N=No Hispano/Latino	A=Asiático W=Blanco Yo = Indígena americano/Nativo de Alaska B = Negro/Afroamericano P=Nativo hawaiano/Otro isleño del Pacífico

PASO 2	¿Alguno de los miembros de su hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, FIP o FDPIR? Si respondió No, pase al PASO 3. Si respondió Sí, escriba aquí el número de caso y luego pase al PASO 4 (no complete el PASO 3).												
Escriba solo un número espacio. No se aceptan guiones ni ceros. Medicaid no se incluye.												Número de caso: _ _ _ _ _ - _ _ - _ _	
PASO 3	Declara los ingresos de TODOS los miembros del hogar.(Omita este paso si respondió "SÍ" al PASO 2)										Solicita en línea:		
A. Número total de miembros del hogar (Niños + Adultos)						B. Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) de miembro adulto del hogar(últimos 4 dígitos)				XXX-XX- _____		C. Control ar Sin número de seguro social (adulto):	
D. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndote a ti mismo): Enumere a todos los miembros del hogar que no aparecen en el PASO 1. aunque no reciban ingresos. Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar. Las solicitudes con campos de ingresos en blanco se procesarán como completas. Si se necesitan más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja de trabajo complementaria. La sección de fuentes de ingresos para adultos le ayudará con los ingresos de adultos. Declare todos los ingresos en cantidades enteras en dólares antes de deducciones o impuestos.													
Nombres de todos los miembros adultos del hogar		Bruto Ingresos por trabajo/Todos los demás ingresos				Bruto Asistencia pública/Niño Manutención/Pensión alimenticia				Bruto Pensión/Jubilación			

		¿Con qué frecuencia? (Marque con una "X" la casilla)						¿Con qué frecuencia? (Marque con una "X" la casilla)							¿Con qué frecuencia? (Marque con una "X" la casilla)		
Nombre y apellido. Incluir niños que están temporalmente ausentes por estudios en la escuela o en la universidad.		Semanalmente	Con un semanalmente	2x Mes	Mensual	Anual		Semanalmente	Con un semanalmente	2x Mes	Mensual	Anual		Semanalmente	Con un semanalmente	2x Mes	Mensual
		\$						\$						\$			
		\$						\$						\$			
		\$						\$						\$			
		\$						\$						\$			

E. Ingresos por hijo:A veces, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Por favor, incluya aquí el TOTAL de ingresos brutos ganados por todos los niños enumerados en el PASO 1.La sección sobre fuentes de ingresos para niños le ayudará con la información sobre los ingresos familiares.**PASO 4**Información de contacto y firma de un adulto

Ingresos totales recibidos por todos los niños			¿Con qué frecuencia? (Marque con una "X" la		
--	--	--	--	--	--

			casilla)		
	Semanalmente	quincenal	2 veces al mes	Mensual	Anual
LA PÁGINA DOS CONTIENE MÁS INFORMACIÓN					

Certifico (prometo) que toda la información proporcionada en esta solicitud es veraz y que todos mis ingresos han sido declarados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificarla. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis hijos podrían perder los beneficios de alimentación y yo podría ser procesado conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

--	--	--

Firma del adulto que completa el formulario Nombre impreso del adulto que completa el formulario Fecha de hoy

--	--	--	--	--	--	--

Dirección postal (si está disponible) N.º de apartamento Ciudad Estado Código postal Teléfono diurno (opcional) Correo electrónico (opcional)

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTE LINEAL SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO						Devuelva el formulario cumplimentado a:		
Conversión de ingresos anuales	x52 Semanal	x26 Quincenal	x24 2 veces	x12 Mensual	Anual	Ingresos totales: \$	Solicitud #:	Fecha de recepción:

Tamaño del hogar: _____	ente		al mes				☐ APLICACIÓN PROPENSA A ERRORES
Firma y fecha de entrada en vigor del funcionario responsable.			Firma y fecha del funcionario que confirma			Firma y fecha de verificación Seguimiento	
Solicitud	☐ Ingreso ☐ Menor en acogimiento familiar ☐ FIP/SNAP ☐ Head Start (se requiere confirmación) ☐ Sin hogar/Migrante/Fugitivo: se requiere confirmación de un funcionario local						
Determinación de elegibilidad	☐ Gratis ☐ Reducido ☐ Solicitud de leche gratuita denegada ☐ Incompleto ☐ Ingresos superiores a los límites						

Seguro médico de bajo costo para niños Si sus hijos no tienen seguro médico, muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener un seguro médico gratuito o de bajo costo para sus hijos. La ley exige que las escuelas públicas compartan la información sobre su elegibilidad para comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid y Hawki, el programa estatal de seguro médico para niños. Las escuelas privadas, los RCCI y las organizaciones de cuidado infantil pueden optar por compartir esta información. Específicamente, les proporcionaremos el nombre de su hijo, su nombre y su dirección. Medicaid y Hawki solo pueden usar la información para identificar a los niños que puedan ser elegibles para un seguro médico gratuito o de bajo costo y contactarlo. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido para ningún otro propósito ni compartirla con ninguna otra entidad o programa. Usted no está obligado a permitirnos compartir esta información; esto no afectará la elegibilidad de su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Si NO desea que su información se comparta con Medicaid o Hawki, Debe indicárnoslo completando la información a continuación. Si desea más información, puede llamar a Hawki al 1-800-257-8563. Además, si ya recibe Medicaid o Hawki, firme a continuación. Así evitaremos que nos pongamos en contacto con usted nuevamente. Mi firma a continuación indica que NO quiero que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid o Hawki.	
imprenta) _____	Firma _____ Nombre del padre/tutor (en letra de Fecha _____

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para comidas gratuitas o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a brindar los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Asegúrese de proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene uno, marque la casilla "Si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño en acogida no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para niños en hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niños califican para comidas gratuitas sin una solicitud. Comuníquese con su escuela para obtener comidas gratuitas para un niño en acogida, y para niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

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 Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos provenientes de programas de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los motivos se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audiocinta, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que

administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de queja por discriminación en programas del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en [Cómo Para presentar una queja por discriminación en el programay](#) en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por: (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. ***No envíe solicitudes de comidas gratuitas o a precio reducido a esta dirección; solo se aceptan quejas por discriminación.**

Cualquier ingreso obtenido por los niños mencionados anteriormente debe incluirse en el Paso 3 D de la primera página de la solicitud.

Adicional Adultos en su hogar (No (Aparece en la página 1)

Nombres de todos los miembros adultos del hogar	Bruto Ingresos por trabajo/Todos los demás ingresos						Bruto Asistencia pública/Niño Manutención/Pensión alimenticia					Bruto Pensión/Jubilación				
	¿Con qué frecuencia? (Marque con una "X" la casilla)						¿Con qué frecuencia? (Marque con una "X" la casilla)					¿Con qué frecuencia? (Marque con una "X" la casilla)				
Nombre y apellido. Incluya a los niños que sean ^{Estar} temporalmente ausente por estudios en la escuela o la universidad.	Semanalmente	Con un semanalmente	2x Mes	Mensual	Anual		Semanalmente	Con un semanalmente	2x Mes	Mensual		Semanalmente	Con un semanalmente	2x Mes	Mensual	
	\$						\$					\$				
	\$						\$					\$				
	\$						\$					\$				
	\$						\$					\$				
	\$						\$					\$				
	\$						\$					\$				

Cálculo de ingresos para trabajadores autónomos

Esta guía le ayudará a calcular la cantidad que debe declarar si se dedica a la agricultura, trabaja por cuenta propia o tiene ingresos de otras fuentes.

Las personas que trabajan por cuenta propia pueden usar los registros de impuestos sobre la renta del año calendario anterior como base para proyectar el ingreso neto del año en curso, a menos que el ingreso mensual actual proporcione una medida más precisa. Declare los ingresos derivados de la actividad empresarial menos los costos operativos incurridos en la generación de dichos ingresos. Las deducciones por gastos personales, como intereses sobre pagos de vivienda, gastos médicos y otras deducciones similares no relacionadas con la actividad empresarial, no se permiten para reducir el ingreso bruto de la actividad empresarial. Los ingresos adicionales de otros tipos de empleo deben tratarse por separado de los ingresos generados o perdidos por su actividad empresarial. Por ejemplo, si operó un negocio con pérdidas netas, pero tuvo otro empleo por el cual recibió un salario, el ingreso para efectos de solicitar comidas a precio reducido o gratuitas sería solo el ingreso del salario. La pérdida del negocio no se puede deducir de un ingreso positivo obtenido en otro empleo. Para efectos de esta solicitud, no es posible declarar un ingreso negativo de ninguna actividad empresarial. El ingreso mínimo posible es cero (ningún ingreso). La información necesaria para calcular los ingresos admisibles de una actividad empresarial privada puede obtenerse de su declaración de impuestos sobre la renta individual más reciente de EE. UU. (Formulario 1040 o 1040-SR y Anexo 1). En el caso de un hogar con ingresos por salarios y trabajo por cuenta propia, cada importe debe figurar por separado. Sume los importes que aparecen en las siguientes líneas:

Ganancia o (pérdida) de capital Formulario 1040 o 1040-SR, LÍNEA 7 \$

Ingresos o (pérdidas) comerciales Anexo 1 Parte 1, LÍNEA 3 \$

Otras ganancias o (pérdidas) Anexo 1 Parte 1, LÍNEA 4 \$

Bienes inmuebles de alquiler, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc. Anexo 1 Parte 1, LÍNEA 5 \$

Ingresos agrícolas o (pérdidas) Anexo 1 Parte 1, LÍNEA 6 \$

TOTAL \$ Ingresos brutos anuales antes de cualquier deducción. Informe en el paso 3 en Todos los demás ingresos (**Ingresos mensuales calculados** \$Ingresos brutos anuales ÷ 12)