

Solicitud de Elegibilidad de Iowa

FFY 10-11
Año Escolar 10-11

Complete una solicitud por cada miembro del hogar Cada niño adoptivo es un miembro familiar.

Parte 1. Marque los espacios correspondientes.	<input type="checkbox"/> Comidas escolares <input type="checkbox"/> Leche especial (con restricciones) <input type="checkbox"/> Niño adoptivo (UNA SOLICITUD POR NIÑO)	<input type="checkbox"/> Niños en centros <input type="checkbox"/> Tier I proveedor familiar (HP) <input type="checkbox"/> Head Start/Even Start	<input type="checkbox"/> Niños en hogares de cuidado infantil (HP) Nombre del Proveedor
---	--	--	--

Parte 2. Niños inscritos. PARA TODOS LOS APLICANTES. Si se aplica, escriba Número de Caso de FIP o Asistencia Alimentaria.

Escriba el nombre de todos los niños que dependen de su ingreso familiar. Las identidad racial y étnica de los niños es opcional. Provea una o más si lo desea. (ver código).

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 Hawai u otras islas del Pacífico B=Blanco
---	---

Elegible para FIP o Asistencia Alimentaria: Escriba Número de Caso de FIP o Asistencia Alimentaria para TODOS los miembros familiares como aparecen en el Aviso de Decisión. NOTA: No se aceptan números de tarjetas de Medicaid, Title XIX, FIP o números de tarjeta de EBT.

Nombre del Miembro familiar con Número de Caso **Escriba Número de Caso..**

Apellido	Nombre	Segundo Nombre O Inicial	Marque Espacio para niño ADOPTIVO	Fecha de Nac.	Grado	OPCIONAL		Nombre de Escuela/Head Start Centro de Cuidado Infantil
						ETNIA	RAZA	
1.			<input type="checkbox"/>					
2.								
3.								
4.								
5.								

Parte 3 Ingreso Bruto Total del Hogar NO COMPLETE ESTA PARTE SI ESCRIBIÓ UN Nº DE CASO DE ASISTENCIA ALIMENTARIA O FIP EN LA PARTE 2.

Informe el ingreso bruto recibido por CADA miembro del hogar en la columna correspondiente Semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensualmente El ingreso bruto es el monto ganado sin impuestos ni deducciones, no el ingreso neto. Informe todos los otros ingresos recibidos en el mes. Personas autónomas, vea la hoja de trabajo en el reverso.

Escriba los nombre de cada persona que vive en su hogar, incluidos los niños listados en la Parte 2. Adjunte otra hoja si necesita más espacio. Para niños ADOPTIVO, incluya sólo el dinero disponible para uso personal del niño o ingreso propio del niño				Ingreso Bruto : Informe ingreso cada cuánto se le paga al miembro familiar.				Otros Pagos Mensuales o Ingresos:			
Last Name	First Name	Edad	INGRESO	Marque si NO	Monto Gros Recibido Semanal mente	Monto Gros Recibido cada 2 semanas	Monto Gros Recibido 2 veces al mes	Monto Gros recibido mensualmente	Subsidios de apoyo alimentario Pensión por adopción, bienestar Infantil	Pensión jubilatoria Seguridad Social SSI, VA	Todos los Otros Ingresos
1.			<input type="checkbox"/>								
2.			<input type="checkbox"/>								
3.			<input type="checkbox"/>								
4.			<input type="checkbox"/>								
5.			<input type="checkbox"/>								
6.			<input type="checkbox"/>								

Mi Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ No poseo un Número de Seguro Social
 Si la Parte 3 está completa, el adulto firmante del formulario debe escribir también su número de Seguro Social o marcar la casilla de "No poseo un número de Seguro Social". Los padres adoptivos que completen este formulario para un niño adoptivo no necesitan proveer sus Números de Seguro Social. Para todos los otros aplicantes, el proveer el número de Seguro Social es voluntario. **Vea la Ley de Declaración de Privacidad en la carta a los padres**

Parte 4. Certificación y Firma. NECESARIO PARA TODOS LOS APLICANTES

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están informados Comprendo que recibiré los beneficios de los fondos Federales basados en la información que doy Comprendo que los oficiales pueden verificar (controlar) la información. Comprendo que si doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder beneficios alimentarios/leche, y puedo ser procesado

 Firma del Adulto que completa la Solicitud Nombre del Adulto que completa la Solicitud Fecha de Firma

 Dirección del Adulto que completa la Solicitud Ciudad Código Postal Teléfono del Trabajo Teléfono Personal Celular

Parte 5 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 del Hogar: \$ _____ emanal Cada dos semanas Dos Veces al Mes Mensual Anual Tamaño del Hogar _____

Solicitud Aprobada	<input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Niño Adoptivo (ingreso) <input type="checkbox"/> FIP Asistencia Alimentaria <input type="checkbox"/> Head Start DOCUMENTACIÓN REQUERIDA <input type="checkbox"/> Migrante Desamparado (Escuelas solamente)	CACFP HP SOLAMENTE: <input type="checkbox"/> Clase1 Área (Hijos Propios del Proveedor) <input type="checkbox"/> Ingreso Clase 1 (Todos los niños)
Determinación de Elegibilidad	<input type="checkbox"/> Aprobado Temporalmente (ingreso cero) vence en 45 días, el (Mes.)_____(Día)_____ <input type="checkbox"/> Comidas Gratis <input type="checkbox"/> Comidas de Precio reducido <input type="checkbox"/> Leche Gratis	<input type="checkbox"/> Ingreso Clase 1 (Todos los niños)
Solicitud Negada	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Sobre los límites de Ingreso	<input type="checkbox"/> Clase 1 Niño (Mezclado con clase 2)

_____ Firma del Oficial Determinante	_____ Confirmación de Firma del Oficial (Sólo escuelas) Fecha
_____ Día Efectivo	_____ Firma del oficial de Seguimiento (sólo escuelas) Fecha

Nombre del Adulto que completa la Solicitud

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

Si su niño no tiene seguro de salud, estará interesado en saber que muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener seguros de salud gratuitos o de bajo costo para sus niños.

La Ley del Estado requiere que las escuelas compartan la información de elegibilidad de comidas gratuitas o de precio reducido con Medicaid y *hawk-i*, el programa de seguro de salud para niños estatal. Específicamente, les daremos el nombre de su niño y su nombre y dirección. Medicaid y *hawk-i* sólo pueden usar la información para identificar a niños que puedan ser elegibles para seguro de salud gratuito o de bajo costo y para contactarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratis o de precio reducido para ningún otro propósito

No es necesario que usted nos permita compartir la información de la solicitud de sus niños para comidas gratis o de precio reducido con Medicaid o el programa *hawk-i*. No afectará la elegibilidad de sus niños para comidas gratis o de precio reducido. Si usted NO desea que la información sea compartida con Medicaid o *hawk-i*, debe avisarnos completando la información que aparece más abajo cuando complete la solicitud de elegibilidad. Si desea más información, puede llamar a *hawk-i* al 1-800-257-8563.

NO deseo que los oficiales del hogar/escuela espónsor/centro de cuidado infantil o Head Start comparta la información de mi solicitud de comida gratis o de precio reducido con Medicaid o *hawk-i*. Aparte, si usted ya está recibiendo Medicaid o *hawk-i*, por favor firme abajo Esto evitará otro contacto

Nombre del Niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____

Nombre del Padre/Tutor (Impreso) _____ Firma _____ Fecha _____

Hoja de Trabajo de Ingreso Autónomo: Esta hoja de trabajo lo ayudará a calcular el monto para informar si usted se encuentra en agricultura, es autónomo o tiene ingresos de otras fuentes.

Las personas que se encuentran en agricultura o que operan otro tipo de negocio privado pueden experimentar variaciones en el flujo de efectivo o ingreso mensual a través del año. Estas personas pueden usar los registros de impuestos del año calendario anterior como base para aplicar para las comidas gratis o de precio reducido. El ingreso a informar es el ingreso derivado de la operación con menos costos sufridos en la generación de ese ingreso. Las deducciones de gastos personales como gastos médicos y otras deducciones de tipo no-comercial no se permiten en la reducción de ingreso bruto comercial.

Si usted posee ingresos adicionales de otros tipos de empleos, éstos deben ser tratados como separados y apartados del ingreso generado por su operación comercial. USDA **NO** reconoce los ingresos de la misma manera que IRS. USDA no permite una pérdida de una operación comercial para contrarrestar ganancias de sueldos o salarios. A pesar de que su comercio puede haber sufrido una pérdida neta operacional, 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 hizo una operación comercial a una pérdida neta pero tuvo otro trabajo en el cual recibió un sueldo, su ingreso para esta solicitud de comidas gratis o de precio reducido sería el ingreso de su sueldo solamente. La pérdida por el comercio no puede deducirse del monto del ingreso ganado en otro trabajo.

Una pérdida de un año anterior por agricultura u otra operación comercial privada no puede utilizarse para reducir el ingreso neto anual actual para determinar la elegibilidad de gratis o precio reducido. Los sueldos pagados a un esposo u otro miembro familiar en la operación de una granja o comercio privado deben aparecer en los ingresos del hogar en la Parte 3 de esta solicitud.

El menor ingreso posible es cero (sin ingreso).

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

Línea 12 – Ingreso comercial o (pérdida) \$ _____

Línea 13 – Impuesto de Ganancias Distribuibles o (pérdida) \$ _____

Línea 14 – Otras Ganancias o (pérdida) \$ _____

Línea 17 - Alquiler propiedad inmobiliaria, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc \$ _____

Línea 18 – Ingreso por cultivo o (pérdida) \$ _____

Total \$ _____

Total ÷12* = _____

Ingrese el monto en la columna de “Todos los ingresos del mes pasado” en la Parte 3 en el frente de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa. **El menor ingreso posible es cero (sin ingreso).**

Iowa CACFP Carta al Padre/Tutor del Centro de Cuidado Infantil- Sin-Precio (frente)**Rev. 7/10**

Propósito: La Solicitud de Elegibilidad de Iowa adjunta es utilizada para determinar el reembolso de elegibilidad para comidas gratis y de precio reducido. Las instrucciones para completarlo se encuentran en la parte de atrás de esta carta.

Instrucciones para los centros: Elija el Formulario A si usted es un centro sin-precio y no posee un cargo separado para comidas. Copie esta carta (frente y reverso) y engrape a cada solicitud que distribuya a las familias o participantes inscriptos.

Señor Padre o Tutor:

Este centro participa en el Programa de Cuidado de Comidas para Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés) administrado por el departamento de Agricultura de los Estados Unidos. A los participantes no se les cobra por separado por las comidas.. Sin embargo, participando del Programa, el centro recibe reembolso parcial por comidas nutritivas servidas a niños. El monto de reembolso que el centro recibe se determina por la información que usted provee. Se dará mayor reembolso al centro por comidas servidas a niños inscriptos de familias cuyos ingresos estén por debajo o a la altura del nivel mostrado en el cuadro más abajo. Por favor lea las instrucciones en el dorso, complete, firme y devuelva la solicitud de ingreso adjunta lo antes posible. Una solicitud que no contenga toda la información requerida no puede ser utilizada por el centro. Si falta información requerida, los beneficios de comidas gratis o de precio reducido serán negados. Llame a su centro si necesita ayuda con el formulario. La información dada en este formulario será archivada y tratada como confidencial.

Un hijo adoptivo que es responsabilidad legal de la oficina de bienestar o corte puede estar certificado como elegible para comidas gratis a pesar de su ingreso familiar. Vea la instrucciones en el dorso para mayor información.

Si usted no califica ahora para recibir comidas gratuitas o de precio reducido, puede aplicar para beneficios durante cualquier momento del año. Si usted no es elegible ahora y más adelante disminuye su ingreso familiar, es desempleado, aumenta el tamaño de su grupo familiar o tiene niños inscriptos que devienen elegibles para Ayuda Alimentaria o FIP, puede completar una solicitud en ese momento.

**Pautas de Elegibilidad de Ingreso para Comidas con Precios Reducidos
Efectivo 7-1-2010**

Tamaño del Hogar	Comidas con Precios Reducidos				
	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	20,036	1,670	835	771	386
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317
Para cada miembro familiar adicional agregar::	+6,919	+577	+289	+267	+134

Acta de Declaración Privada: Esto explica el modo en que usaremos la información que usted provea.

La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratis o de precios reducidos. Debe incluir el número de seguro social del miembro familiar adulto que firma la solicitud. El número de seguro social no se requiere cuando usted presenta una solicitud para un niño adoptivo o si usted escribe un número de Ayuda Alimentaria, o número de Programa de Inversión Familiar, o cuando usted indica que el miembro familiar adulto firmante de la solicitud no posee un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratis o de precios reducidos y para la administración y refuerzos del Programa Alimenticio de Cuidado de Niños y Adultos. PODEMOS compartir la información de elegibilidad con los programas de educación, salud, nutrición para ayudarlos a evaluar, fundar, o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas, y oficiales de cumplimiento de ley para ayudarlos a encontrar violaciones en las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué debe hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente.

De acuerdo a la ley Federal y a la política del Departamento de Agricultura de USA., esta institución prohíbe la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Para hacer una reclamación por

discriminación, escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410*, o llame al (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-6382 (TTY). El USDA es un proveedor y empleador que provee igualdad de oportunidades.

Instrucciones para completar la Solicitud de Elegibilidad de Iowa
Complete ambos lados de la solicitud para cada hogar. Cada niño adoptivo es un miembro familiar.

Parte 1. Todos los aplicantes deben completar esta parte. Esta solicitud debe ser utilizada para aplicar a beneficios en comidas escolares o programas de leche, en los centros u hogares de cuidado infantil. Marque todos los espacios que se apliquen a su familia. Puede hacer copias de una solicitud completada para cada programa en que el niño participe.

Si algún miembro de la familia recibe **FIP o ASISTENCIA ALIMENTARIA, o si su hijo se encuentra en Head Start o Even Start**, siga las siguientes instrucciones

Parte 2. Si algún miembro de la familia recibe FIP o Asistencia Alimentaria escriba el nombre de la persona y el **Número de Caso** de FIP o Asistencia Alimentaria en el área correspondiente. Escriba el nombre, fecha de nacimiento, grado (si se aplica), nombre de la escuela/Head Start/ centro de cuidado infantil correspondiente para cada niño de su hogar. Escriba el número FIP o el número de caso de Asistencia Alimentaria por cada miembro del hogar. Utilice los Números de Caso provistos en la Notificación de Decisión. La elegibilidad basada en Head Start o Even Start está disponible sólo si su hijo está inscrito en Head Start y si se provee la documentación de la agencia de Head Start. **NOTA: No se aceptan números de tarjetas de Medicaid, Title XIX, FIP o números de tarjeta de EBT.** Provea información étnica y racial si usted lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil tomarán la determinación del estatus étnico o racial si usted no completa esta sección.

Parte 3. Salte esta sección

Parte 4. Lea la certificación y complete todos los espacios de esta sección.

Si aplica por un **NIÑO ADOPTIVO**, siga estas instrucciones. Un niño adoptivo es un niño que está viviendo en su hogar pero que sigue bajo responsabilidad legal de la agencia de bienestar o corte, y se considera como miembro de su familia.

Parte 1 Marque el espacio para niño adoptivo

Parte 2. Escriba el nombre, fecha de nacimiento, grado (si se aplica), nombre de la escuela/Head Start/ centro de cuidado infantil correspondiente. Utilice una solicitud para cada niño adoptivo. Provea información étnica y racial si usted lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil tomarán la determinación del estatus étnico o racial si usted no completa esta sección.

Parte 3. Complete esta sección sólo si el niño recibe dinero para uso personal o si posee otro tipo de ingreso personal regular. Si el niño no recibe ingreso, marque el espacio que indica no-ingreso. No se requiere un número de Seguridad Social. NO incluya el estipendio recibido por la familia adoptiva para los cuidados de salud del niño

Parte 4. Lea la certificación y complete todos los espacios de esta sección.

PARA TODOS LOS OTROS INGRESOS DE HOGARES, incluidos hogares WIC, siga estas instrucciones.

Parte 2. Escriba el nombre, fecha de nacimiento, grado (si se aplica), nombre de la escuela/Head Start/ centro de cuidado infantil correspondiente para cada niño de su hogar. Provea información étnica y racial si usted lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil tomarán la determinación del estatus étnico o racial si usted no completa esta sección.

Parte 3. Siga estas instrucciones para informar un ingreso total familiar del mes pasado.

Nombre: Escriba el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar, pariente o no (como abuelos, otros parientes, o amigos). Debe incluirse a usted mismo y a todos los niños que viven con usted. Adjunte otra hoja de papel si es necesario

Edad: Escriba la edad de cada miembro familiar.

Marque si No hay Ingreso: Marque con un tilde el espacio correspondiente si el miembro familiar **no recibe** ingreso

Ingreso bruto del mes pasado y cómo lo recibió: Informe el monto de ingreso recibido en la columna apropiada de Ingresos Brutos (semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes, o mensual). Escriba el **ingreso bruto** de cada persona ganado en el trabajo. Esto no es lo mismo que el ingreso neto. **El ingreso bruto es el monto ganado sin impuestos ni deducciones.** El monto debe estar escrito en su recibo de sueldo, o su jefe puede decírselo. Si usted tiene un miembro familiar para el cual el ingreso del mes pasado fue mayor o menor de lo usual, escriba el promedio esperado de ingreso de esa persona.

Otros Pagos Mensuales o Ingresos: Escriba el monto de lo que cada persona recibió el mes pasado por bienestar, apoyo infantil, pensión alimenticia, subsidios de adopción, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), y beneficios de Veterano (beneficios VA). En la columna de **Todos los Otros Ingresos del Mes Pasado** incluya la Compensación del Trabajador, desempleo, beneficios de paro; contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, retiro de efectivo de ahorros, inversiones o fideicomisos, intereses y **CUALQUIER OTRO INGRESO.** Use la Hoja de Ingreso Auto-Empleado en la parte trasera de esta solicitud para calcular el ingreso neto para negocios propios, granja, o ingreso de alquiler e infórmelo en la columna de **Todos los Otros Ingresos del Mes Pasado.** No informe: Becas, beneficios educacionales, pagos de cantidad global, ingresos incidentales de los niños por actividades ocasionales como por ejemplo trabajar de niñera, palear nieve, o cortar césped. Si se encuentra en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar no incluya esta subvención de vivienda.

Número de Seguro Social: Si la solicitud se hace en base al ingreso, el adulto firmante del formulario debe escribir también su número de Seguro Social o marque la casilla de "No poseo un número de Seguro Social" Si usted no provee su número de Seguro Social o no marca la casilla, su solicitud no puede ser procesada.

Parte 4. Lea la certificación y complete todos los espacios de esta sección.

Iowa CACFP Carta al Padre/Tutor del Centro de Cuidado Infantil – Con Precios (frente) Rev. 7/10

Propósito: La Solicitud de Elegibilidad de Iowa adjunta es utilizada para determinar el reembolso de elegibilidad para comidas gratis y de precio reducido. La instrucciones para completarlo se encuentran en la parte de atrás de esta carta.

Instrucciones para los centros: Elija el Formulario B si usted es un centro con precio y posee un cargo separado para comidas. Copie esta carta (frente y reverso) y engrape a cada solicitud que distribuya a las familias o participantes inscritos.

Señor Padre o Tutor:

Este centro participa en el Programa de Cuidado de Comidas para Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés) administrado por el departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Los participantes inscritos pueden comprar almuerzo y cena por \$_____, deyaunos por \$_____, y tentempiés por \$_____. Los participantes inscritos de familias cuyo ingreso está al nivel o por debajo del nivel mostrado en la tabla de abajo son elegibles para comidas gratis, o de precio reducido al costo de \$_____ para almuerzo/cena, \$_____ para desayuno, y \$_____ para tentempiés.

Para aplicar para comidas gratis o de precio reducido, por favor complete esta solicitud lo antes posible, firme y devuélvala al centro. Una solicitud que no contenga toda la información requerida no puede ser utilizada por el centro. Si falta información requerida, los beneficios de comidas serán negados. Llame a su centro si necesita ayuda con el formulario. La información dada en este formulario será archivada y tratada como confidencial.

Un hijo adoptivo que es responsabilidad legal de la oficina de bienestar o corte puede estar certificado como elegible para comidas gratis a pesar de su ingreso familiar. Vea la instrucciones en el dorso para mayor información.

Si usted no califica ahora para recibir comidas gratuitas o de precio reducido, puede aplicar para beneficios durante cualquier momento del año. Si usted no es elegible ahora y más adelante disminuye su ingreso familiar, es desempleado, aumenta el tamaño de su grupo familiar o tiene niños inscritos que devienen elegibles para Ayuda Alimentaria o FIP, puede completar una solicitud en ese momento.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del centro sobre su solicitud, tal vez desee discutirlo con ellos. También tiene un derecho a una audiencia justa. Pueden realizarse llamando o escribiendo al siguiente oficial:

(Inserte Nombre, Dirección, Teléfono de Oficial de Audiencia)

Se le notificará sobre la aprobación o negación de esta solicitud.

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESO PARA COMIDAS CON PRECIOS REDUCIDOS
Efectivo desde 7-1-2010

Tamaño del Hogar	Comidas con Precios Reducidos				
	Anual	Mensual	Dos veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	20,036	1,670	835	771	386
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317
Para cada miembro familiar adicional agregar:	+6,919	+577	+289	+267	+134

Acta de Declaración Privada: Esto explica el modo en que usaremos la información que usted provea.

La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no la da, no podemos aprobarlo para recibir reembolso de Clase 1 o para que usted reclame sus propios niños. Debe incluir el número de seguridad social del miembro familiar adulto que firma la solicitud. El número de seguridad social no se requiere cuando usted presenta una solicitud para un niño adoptivo o si usted escribe un número de Ayuda Alimentaria, o número de Programa de Inversión Familiar, o cuando usted indica que el miembro familiar adulto firmante de la solicitud no posee un número de seguridad social. Utilizaremos la información para determinar si usted es elegible para el reembolso Clase 1 o para que usted reclame sus propios niños, y para administración y refuerzo del CACFP. PODEMOS compartir la información de elegibilidad con los programas de educación, salud, nutrición para ayudarlos a evaluar, fundar, o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas, y oficiales de cumplimiento de ley para ayudarlos a encontrar violaciones en las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué debe hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente.

De acuerdo a la ley Federal y a la política del Departamento de Agricultura de USA., esta institución prohíbe la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Para hacer una reclamación por discriminación, escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410*, o llame al (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-6382 (TTY). El USDA es un proveedor y empleador que provee igualdad de oportunidades.

Instrucciones para completar la Solicitud de Elegibilidad de Iowa
Complete ambos lados de la solicitud para cada hogar. Cada niño adoptivo es un miembro familiar.

Parte 1. Todos los aplicantes deben completar esta parte. Esta solicitud debe ser utilizada para aplicar a beneficios en comidas escolares o programas de leche, en los centros u hogares de cuidado infantil. Marque todos los espacios que se apliquen a su familia. Puede hacer copias de una solicitud completada para cada programa en que el niño participe.

Si algún miembro de la familia recibe **FIP o ASISTENCIA ALIMENTARIA**, o si su hijo se encuentra en **Head Start o Even Start**, siga las siguientes instrucciones

Parte 2. Si algún miembro de la familia recibe FIP o Asistencia Alimentaria escriba el nombre de la persona y el **Número de Caso** de FIP o Asistencia Alimentaria en el área correspondiente. Escriba el nombre, fecha de nacimiento, grado (si se aplica), nombre de la escuela/Head Start/ centro de cuidado infantil correspondiente para cada niño de su hogar. Escriba el número FIP o el número de caso de Asistencia Alimentaria por cada miembro del hogar. Utilice los Números de Caso provistos en la Notificación de Decisión. La elegibilidad basada en Head Start o Even Start está disponible sólo si su hijo está inscrito en Head Start y si se provee la documentación de la agencia de Head Start. **NOTA: No se aceptan números de tarjetas de Medicaid, Title XIX, FIP o números de tarjeta de EBT.** Provea información étnica y racial si usted lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil tomarán la determinación del estatus étnico o racial si usted no completa esta sección.

Parte 3. Salte esta sección

Si aplica por un **NIÑO ADOPTIVO**, siga estas instrucciones. Un niño adoptivo es un niño que está viviendo en su hogar pero que sigue bajo responsabilidad legal de la agencia de bienestar o corte, y se considera como miembro de su familia.

Parte 1 Marque el espacio para niño adoptivo

Parte 2. Escriba el nombre, fecha de nacimiento, grado (si se aplica), nombre de la escuela/Head Start/ centro de cuidado infantil correspondiente. Utilice una solicitud para cada niño adoptivo. Provea información étnica y racial si usted lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil tomarán la determinación del estatus étnico o racial si usted no completa esta sección.

Parte 3. Complete esta sección sólo si el niño recibe dinero para uso personal o si posee otro tipo de ingreso personal regular. Si el niño no recibe ingreso, marque el espacio que indica no-ingreso. No se requiere un número de Seguridad Social. NO incluya el estipendio recibido por la familia adoptiva para los cuidados de salud del niño

Parte 4. Lea la certificación y complete todos los espacios de esta sección.

PARA TODOS LOS OTROS INGRESOS DE HOGARES, incluidos hogares WIC, siga estas instrucciones.

Parte 2. Escriba el nombre, fecha de nacimiento, grado (si se aplica), nombre de la escuela/Head Start/ centro de cuidado infantil correspondiente para cada niño de su hogar. Provea información étnica y racial si usted lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil tomarán la determinación del estatus étnico o racial si usted no completa esta sección.

Parte 3. Siga estas instrucciones para informar un ingreso total familiar del mes pasado.

Nombre: Escriba el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar, pariente o no (como abuelos, otros parientes, o amigos). Debe incluirse a usted mismo y a todos los niños que viven con usted. Adjunte otra hoja de papel si es necesario

Edad: Escriba la edad de cada miembro familiar.

Marque si No hay Ingreso: Marque con un tilde el espacio correspondiente si el miembro familiar **no recibe** ingreso

Ingreso bruto del mes pasado y cómo lo recibió: Informe el monto de ingreso recibido en la columna apropiada de Ingresos Brutos (semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes, o mensual). Escriba el **ingreso bruto** de cada persona ganado en el trabajo. Esto no es lo mismo que el ingreso neto. **El ingreso bruto es el monto ganado sin impuestos ni deducciones.** El monto debe estar escrito en su recibo de sueldo, o su jefe puede decírselo. Si usted tiene un miembro familiar para el cual el ingreso del mes pasado fue mayor o menor de lo usual, escriba el promedio esperado de ingreso de esa persona.

Otros Pagos Mensuales o Ingresos: Escriba el monto de lo que cada persona recibió el mes pasado por bienestar, apoyo infantil, pensión alimenticia, subsidios de adopción, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), y beneficios de Veterano (beneficios VA). En la columna de **Todos los Otros Ingresos del Mes Pasado** incluya la Compensación del Trabajador, desempleo, beneficios de paro; contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, retiro de efectivo de ahorros, inversiones o fideicomisos, intereses y **CUALQUIER OTRO INGRESO.** Use la Hoja de Ingreso Auto-Empleo en la parte trasera de esta solicitud para calcular el ingreso neto para negocios propios, granja, o ingreso de alquiler e infórmelo en la columna de **Todos los Otros Ingresos del Mes Pasado.** No informe: Becas, beneficios educacionales, pagos de cantidad global, ingresos incidentales de los niños por actividades ocasionales como por ejemplo trabajar de niñera, palear nieve, o cortar césped. Si se encuentra en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar no incluya esta subvención de vivienda.

Número de Seguro Social: Si la solicitud se hace en base al ingreso, el adulto firmante del formulario debe escribir también su número de Seguro Social o marque la casilla de "No poseo un número de Seguro Social" Si usted no provee su número de Seguro Social o no marca la casilla, su solicitud no puede ser procesada.

Parte 4. Lea la certificación y complete todos los espacios de esta sección.

Estimado: _____

Complete, firme y devuelva la Solicitud de Elegibilidad de Ingreso adjuntada lo antes posible. Este formulario es necesario para que recibamos el reembolso de las comidas servidas bajo el Programa de Cuidado Alimentario para Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en Inglés) Este formulario será tratado como información confidencial. Si usted no puede completar y firmar este formulario, un tutor o miembro de familia puede completarlo. Your form must be completed as follows:

Hogares con Ayuda Alimentaria/SSI/Medicaid: Si usted actualmente recibe Ayuda Alimentaria o Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI) o Medicaid, tiene que escribir su nombre y el número de caso y Firmar el formulario.

O

Todos los Otros Hogares: Si su hogar está por debajo de o por el nivel mostrado en las Pautas de Ingreso al pie de esta página, debe proveer la siguiente información en las páginas siguientes o su formulario no podrá aprobarse.

- Miembros Familiares:** Escriba su nombre y el nombre de su esposo/a y/o cualquier otra persona que viva con usted y dependa de su apoyo financiero. **Si las personas que viven con usted no dependen de su financiamiento, entonces no es necesario que sus nombres e ingresos figuren en este formulario a menos que esté casado. Si está casado, los nombres de ambos esposos deben estar escritos.**
- Número de Seguro Social:** Escriba el Número de Seguro Social (SSN) del miembro familiar adulto que firma el formulario. Si un adulto firmante de este formulario no posee un SSN, escriba "NINGUNO."
- Ingreso Mensual:** Escriba su ingreso mensual por fuente y el ingreso mensual por fuente de todas las personas que viven con usted y dependen de su apoyo financiero.
- Firma:** Usted o un tutor o miembro familiar tienen que firmar el formulario. Si usted no puede completar y firmar este formulario, un tutor o miembro de familia tiene que completarlo.

Si usted no califica ahora para recibir comidas gratuitas o de precio reducido, puede aplicar para beneficios durante cualquier momento del año. Si usted no es elegible ahora y luego tiene una disminución en el ingreso familiar, un aumento en el tamaño familiar o comienza a recibir Beneficios de FS/SSI/Medicaid, usted puede convertirse en elegible.

- Este centro no cobra separadamente por comidas.
 Este centro cobra las siguientes tarifas por comidas:

Comida	Precio Completo	Cargo Reducido
Desayuno		.30
Almuerzo/Cena		.40
Tentempiés		.15
Si usted no está de acuerdo con la decisión del centro sobre su solicitud, tal vez desee discutirlo con ellos. También tiene un derecho a una audiencia justa. Pueden realizarse llamando o escribiendo al siguiente oficial de audiencia: _____ Información de contacto para oficial de audiencia: _____		

**Pautas de Elegibilidad de Ingreso para Comidas con Precios Reducidos
Efectivo 7-1-2010**

Tamaño del Hogar	Comidas con Precios Reducidos				
	Anual	Mensual	Dos veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	20,036	1,670	835	771	386
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317
Para cada miembro familiar adicional agregar:	+6,919	+577	+289	+267	+134

Complete este formulario cuidadosamente, firme y devuélvalo al centro

PARTE 1 Complete la Parte 1 si usted actualmente recibe Ayuda Alimentaria o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Medicaid. Si usted completa esta parte, saltée la Parte 2 y vaya directo a la Parte 3.

Nombre	Medicaid (Título XIX) No. de Caso	No. de Caso de SSI	No. de Caso de As. Alimentaria

PARTE 2 - Complete la Parte 2 si no completó la Parte 1.

Debajo, bajo “Nombre”, escriba su nombre y el nombre de su esposo/a y/o cualquier otra persona **que viva con usted y dependa de su apoyo financiero**. Si necesita más espacio, utilice un hoja de papel separada. En las últimas 4 columnas, escriba **Todos** los ingresos recibidos el mes pasado en la misma línea del nombre de la persona que lo recibió. Debe escribir el ingreso **bruto** mensual, (el monto **anterior** a las deducciones por impuestos, Seguro Social, etc.) Escriba cada monto debajo de la fuente correspondiente. Si el ingreso es negativo, debe escribirse como ingreso “**cero**”. Si el ingreso del mes pasado no refleja claramente su circunstancia, puede estimar el monto que es espera recibir cada mes. El ingreso que cambia de mes en mes, como ingresos de granja, debe promediarse de acuerdo a los últimos 12 meses.

Nombre (Apellido, Nombre) Inscrito	Edad:	Salario/ Sueldo Anterior Deducciones	Bienestar, Apoyo Infantil & Pensión Alimentaria	Pensiones & Seguro Social	Todos Los Otros Ingresos
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$
3.		\$	\$	\$	\$
4.		\$	\$	\$	\$
5.		\$	\$	\$	\$
6.		\$	\$	\$	\$
7.		\$	\$	\$	\$

Si no dio un Número de Identificación de Ayuda Alimentaria, SSI, o Medicaid, la ley federal (PL97-35) requiere que usted escriba su número de Seguro Social del miembro familiar adulto que firmó el formulario antes de que el centro de cuidado de día del adulto reciba el reembolso por las comidas servidas bajo el CACFP. No tiene que dar el número de Seguro Social, pero si usted se niega, el centro no puede recibir reembolso por comidas gratis o a precios reducidos. La verificación puede incluir audiencias, investigaciones, contacto con la oficina de Empleo de Seguridad Estatal, oficina de Estampilla Alimentaria o Bienestar, empleados, y la comprobación de información dada por usted para confirmar la información recibida. Si se descubre información incorrecta puede ocurrir una pérdida de beneficios o acción legal. Tiene que informarse de estos hechos al miembro familiar cuyo número de Seguridad Social aparece en este formulario.

PARTE 3 - Información Racial/Étnica y Firma

Por favor marque el grupo racial/étnico al cual pertenece. No está obligado a contestar esta pregunta. Si usted no contesta esta pregunta, alguien del centro tomará una determinación. Nadie será discriminado por tarifas, sexo, color, origen nacional, edad o discapacidad.

1. Hispano o Latino No Hispano o Latino
2. Blanco Negro o Afro Americano Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico

Penalidades por Malas interpretaciones: Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta y que todo el ingreso está informado. Entiendo que esta información se entrega por recibo de fondos Federales; que la información dada puede ser verificada; y que la mala interpretación consciente de información puede ser objeto de acusación bajo las leyes aplicables del Estado Federal. **Usted o un tutor o miembro familiar tienen que firmar el formulario.**

Firma: _____

Dirección _____

Escriba Nombre _____

Ciudad: _____

Número de Seguro Social: _____

Estado _____

Código Postal _____

Fecha de Firma _____

Número de Teléfono _____

Sólo para uso de Centro o Espónsor

Este formulario tiene que estar firmado por el personal del centro y la categoría de Gratuito, Reducido, o Paga tiene que estar determinada para que este formulario sea válido. **Este formulario es válido sólo por un año desde la fecha que aparece abajo.**

Total Monto Mensual (si se aplica): \$ _____ Tamaño Familiar _____

Gratuito (Ayuda Alimentaria, SSI, Medicaid o Ingreso), Reducido, Pago (Inelegible para comidas pagas o de precio reducido)

PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

Firma Oficial de Determinación _____

Fecha: _____

De acuerdo a la ley Federal y a la política del Departamento de Agricultura de USA., esta institución prohíbe la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Para hacer una reclamación por discriminación, escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410*, o llame al (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-6382 (TTY). El USDA es un proveedor y empleador que provee igualdad de oportunidades.