

Solicitud 2023-2024 de lowa 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 Defina al miembro de la familia: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no están relacionados". Los niños en cuidado sustituto y los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, inmigrantes o que han huido, son elegibles para recibir comidas gratis. Tenemos la obligación de solicitar información sobre la etnicidad de sus hijos y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad.

Primer nombre del menor	SN	Apellido del menor	Fecha de nacimiento	¿Estudiante?	Escuela del menor	Grado	Crianza Temporal	Sin hogar, inmigrante, que ha huido	Opcional
				Sí No			Marque todos los que apliquen		Como la sección es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para que reciban comidas gratis o a precio reducido
									Origen étnico: A=Asiático W=Blanco L=Latino N=No Hispano o Latino P=Nativo de Hawái u otro isleño 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 (Omija este paso si respondió "Sí" al PASO 2)

A: Miembros totales del hogar (Niños y adultos) B. últimos cuatro dígitos del número del seguro social (SSN) XXX-XX-XXXX

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 reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, si recibe ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) por cada fuente solo 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 se 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	Pensiones / Jubilación
nombre y apellido. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o universidad.	¿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 Quincenal 2x Mes Anual	Semanal Quincenal 2x Mes Anual	Semanal Quincenal 2x Mes Anual
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

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

Ingreso total del menor	Semanal Quincenal 2x Mes 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 recaptación de Fondos Federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) dicha información. Soy consciente de que si he dado información falsa de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales pertinentes.*

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

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

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA. SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO Devuelva el formulario completo a: chefoke@communityschool.org

Conversion de ingresos anuales x52 Samana Quincenal x26 Veces al mes X12 Anual

Tamaño del hogar: x52 Samana Quincenal x26 Veces al mes X12 Anual Ingreso familiar: \$ Aplicación # Fecha de recepción: Solicitud de propensa a errores

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

Aplicación aprobada Ingresos hijo adoptivo FIP/Asistencia alimenticia Head Start (requiere documentación) Sin hogar/inmigrante/Huyó de casa- Requiere Documentación Oficial Local

Determinación de elegibilidad Gratis Reducido leche gratis Aplicación rechazada Supera los límites de ingresos Incompleta

Seguro médico de bajo costo para niños

Si sus hijos no tienen seguro de salud, muchas de las familias que reciben alimentación gratuita o a precio reducido también pueden obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo para sus hijos. La ley exige que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad para recibir alimentación gratis o a precio reducido con Medicaid y Hawki, el programa estatal de seguro médico para niños. Las escuelas privadas, RCCIs y organizaciones de cuidado para niños pueden optar por compartir esta información. En especial, les daremos el nombre de su hijo, su nombre y dirección. Medicaid y Hawki sólo pueden utilizar la información para identificar niños que puedan ser elegibles para el seguro de salud gratis o de bajo costo y 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 compartirlo con cualquier otra entidad o programa. Usted no está obligado a permitirnos compartir esta información, esto no afectará la elegibilidad de su hijo para comidas gratis o a precio reducido. **SI NO desea que su información sea compartida con Medicaid o Hawki, debe decirnoslo completando la información a continuación.** Si desea mayor información, puede llamar a Hawki al 1-800-257-8563. También, si usted ya está recibiendo Medicaid o Hawki, por favor firme abajo. Esto evitará otro contacto.

Mi firma a continuación indica que NO deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precio reducido con Medicaid o Hawki.
Nombre del padre / tutor (Impreso) _____ **Firma** _____ **Fecha** _____

La Ley de Almuerzo Escolar 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. Podamos compartir su información 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 policíales 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 secretarías 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.

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

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://csrc.iowa.gov/>."

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

Si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, usted también puede ser elegible para otros beneficios, como la exención total o parcial de las cuotas escolares. Si desea ser considerado para la exención total o parcial de las tarifas, lea y firme la última página de la solicitud.

Devuelva el formulario completo a:

Cherokee Community School
 Attn: Andrea Gebbers
 600 W Bluff St
 Cherokee, IA 51012

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

DECLARACIÓN DE RENUNCIA

Si su(s) hijo(s) califica(n) para comidas gratis o a precio reducido, usted también puede ser elegible para otros beneficios. Si firma esta renuncia, su(s) hijo(s) será(n) considerados para renuncia total o parcial de tarifas escolares. Entiendo que voy a proporcionar información que demostrará que he solicitado comidas escolares gratuitas y a precio reducido para mi(s) hijo(s). Renuncio a mis derechos de confidencialidad ÚNICAMENTE para renunciar a las tarifas escolares. Certifico que soy el padre / tutor del (de los) niño(s) para quien(es) se está haciendo la solicitud.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

USTED NO TIENE QUE COMPLETAR ESTA RENUNCIA PARA OBTENER COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO.