

Solicitud de Elegibilidad de Iowa

FFY 11-12

Complete una solicitud por cada miembro del hogar Año Escolar 2011-2012

Parte 1. Marque los espacios correspondientes.

<input checked="" type="checkbox"/> Comidas escolares	<input type="checkbox"/> niño en centro de cuidado	<input type="checkbox"/> Niños en hogares de cuidado infantil (HP)
<input type="checkbox"/> Leche especial (con restricciones)	<input type="checkbox"/> Tier I proveedor familiar (HP)	Nombre del Proveedor _____
	<input type="checkbox"/> Head Start/Even Start	

Parte 2. Niños inscriptos. NECESARIO PARA TODOS LOS APLICANTES Si se aplica, escriba Número de Caso de FIP Asis. Alim.

Escriba el nombre de todos los niños que dependen de su ingreso familiar. Las identidades raciales y étnicas de los niños es opcional. Provea una o más si lo prefiere (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

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

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.. _____

Parte 3 Ingreso Bruto Total del Hogar NO COMPLETE ESTA PARTE SI ESCRIBIÓ UN N° 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 solamente 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: Ingreso Recibido.		
Last Name	First Name	Age	Check if NO Income	Monto Groso ganado semanalme nte	Monto Groso ganado cada 2 semanas	Monto Groso ganado dos veces al mes	Monto Groso ganado mensualme nte	Subsidios de apoyo alimentario Pensión alimentaria o de adopción	Pensión jubilatoria social Seguridad SSI, beneficios VA	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: X XX - X X - ____ ____ No poseo un número de Seguro Social.
 Si la Parte 3 está completa, el adulto firmante del formulario debe escribir los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla de "No poseo un número de Seguro Social" **Para mayor información consulte el Acta de Declaración Privada 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 _____

Part 5. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE. FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY.

Income conversion factors for annual income: weekly X 52; two weeks X 26; twice a month X 24; monthly X 12
 Household Income: \$ _____ Weekly Every 2 Weeks Twice Monthly Monthly Annually Household Size _____

Application Approved: <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Foster Child (free) <input type="checkbox"/> FIP/Food Assistance	CACFP HP ONLY: <input type="checkbox"/> Tier 1 Area (Provider's own children)
Eligibility <input type="checkbox"/> Head Start DOCUMENTATION REQUIRED <input type="checkbox"/> Homeless/Migrant (Schools only)	<input type="checkbox"/> Tier 1 Income (All children)
Determination: <input type="checkbox"/> Temporary Approval (zero income) expires in 45 days on (Mo.) _____ (Day) _____	<input type="checkbox"/> Tier 1 Child (Tier 2 mixed)
Application Denied: <input type="checkbox"/> Free Meals <input type="checkbox"/> Reduced Price Meals <input type="checkbox"/> Free Milk	
<input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Over income limits	

Determining Official Signature _____	Confirming Official Signature (Schools only) _____ Date _____
Effective Date _____	Follow-Up Official Signature (Schools only) _____ Date _____

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.

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 sacarse de 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).**

Si su(s) niño(s) califica(n) para comidas gratuitas o de precio reducido, también puede ser elegible para otros beneficios. Entre estos beneficios se encuentran las cuotas escolares. Si usted firma esta exención, su(s) niño(s) será considerado para una exención parcial o completa de cuotas escolares. Comprendo que estaré dando información que demostrará que aplico para comidas escolares gratuitas y de precio reducido para mi(s) niño(s). Renuncio a mis derechos de confidencialidad para exención de cuotas escolares ÚNICAMENTE.

Certifico que soy el padre/tutor del (los) niño(s) para quien(es) se hace la solicitud.
Firma del Padre/tutor _____ Fecha _____

USTED NO TIENE QUE COMPLETAR ESTA CLÁUSULA PARA OBTENER COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O DE PRECIO REDUCIDO.