

CÓMO SOLICITAR COMIDAS/LECHE ESCOLAR GRATUITA O A PRECIO REDUCIDO

Utilice estas instrucciones para ayudarlo a completar la solicitud para recibir comidas/leche escolares gratuitas o a precio reducido. TúSolo necesita presentar una solicitud por hogar, incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en el Distrito Escolar Comunitario Cherokee. Siga estas instrucciones en orden. Cada paso de las instrucciones es el mismo que los pasos de su solicitud. La solicitud debe completarse en su totalidad para certificar que sus hijos reciban comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Las solicitudes completas deben enviarse por correo o devolverse a 600 W. Bluff St. Cherokee, Iowa. 51012. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, comuníquese con Andrea al 712-225-6767 o envíe un correo electrónico a agebers@ccsd.k12.ia.us.

POR FAVOR USE UN BOLÍGRAFO (NO UN LÁPIZ) AL LLENAR LA SOLICITUD Y HAGA LO MEJOR PARA IMPRIMIR CLARAMENTE.

PASO 1: INDIQUE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SON BEBÉS, NIÑOS Y ESTUDIANTES HASTA EL GRADO 12 INCLUYENDO.

Díganos cuántos bebés, niños y estudiantes viven en su hogar. NO tienen que estar relacionados con usted para ser parte de su hogar.

¿A quién debería incluir aquí? Al completar esta sección, incluya a todos los miembros de su hogar que sean:

Niños de 18 años o menos y que se mantengan con los ingresos del hogar;
Bajo su cuidado bajo un acuerdo de crianza o califican como jóvenes sin hogar,
inmigrantes o fugitivos; Estudiantes que asisten **Escuelas Cherokee, independientemente de la edad.**

- A) Indique el nombre de cada niño y la fecha de nacimiento.** Imprima el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido y la fecha de nacimiento de cada niño (opcional). Utilice una línea de la solicitud para cada niño. Si hay más niños presentes que líneas en la solicitud, adjunte una Hoja de trabajo complementaria, que puede obtenerse en la escuela, con toda la información requerida para los niños adicionales.
- B) ¿Es el niño estudiante?** Marque 'Sí' o 'No' debajo de la columna titulada "estudiante" para indicarnos qué niños asisten al Distrito Escolar Comunitario Cherokee. Si marcó 'Sí', escriba a qué escuela asiste el niño y escriba el nivel de grado del estudiante en el campo "Grado". columna de la derecha.
- C) ¿Tiene hijos adoptivos?** Si alguno de los niños enumerados es hijo de crianza, marque la casilla "Niño de crianza" al lado del nombre del niño. Si SOLAMENTE está solicitando niños de crianza, después de terminar el PASO 1, vaya al "PASO 4". Los niños de crianza que viven con usted pueden contar como miembros de su hogar y deben figurar en su solicitud. Si está solicitando niños de crianza y no de crianza, vaya al paso 3.
- D) ¿Hay algún niño sin hogar, migrante o fugitivo?** Si cree que algún niño enumerado en esta sección puede cumplir con esta descripción, marque la casilla "Sin hogar, migrante, fugitivo" al lado del nombre del niño y complete todos los pasos de la solicitud.
- E) Compartir las identidades raciales y étnicas de los niños (opcional).** Junto al nombre de cada niño, le pedimos que comparta información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Este campo es opcional y no afecta la

PASO 2: ¿PARTICIPA ACTUALMENTE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR EN el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Inversión Familiar (FIP) O el FDPIR?

Si alguien en su hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los programas de asistencia que se enumeran a continuación, sus hijos son elegibles para recibir comidas escolares gratuitas:

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, anteriormente Asistencia Alimentaria en Iowa)

El Programa de Inversión Familiar (FIP)

El Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR)

elegibilidad de sus hijos para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido.

- Si la respuesta es 'NO', vaya al PASO 3. (Deje el resto del PASO 2 en blanco)
- En caso afirmativo, proporcione un número de caso para SNAP, FIP o FDPIR. Sólo necesita escribir un número de caso. Los números de caso se encuentran en su Aviso de decisión. Vaya al PASO 4.

Informe todos los montos **SOLAMENTE EN INGRESOS BRUTOS**. Informe todos los ingresos en dólares enteros. No incluya centavos.

El ingreso bruto es el ingreso total recibido antes de impuestos.

Mucha gente piensa que los ingresos son la cantidad que "se llevan a casa" y no la cantidad total "bruta". Asegúrese de que los ingresos que declara en esta solicitud **NO** se hayan reducido para pagar impuestos, primas de seguro o cualquier otro monto deducido de su salario.

Escriba un "0" en cualquier campo donde no haya ingresos que declarar. Cualquier campo de ingresos que quede vacío o en blanco también se contará como cero. Si escribe '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometendo) que no hay ingresos que declarar. Si los funcionarios locales conocen o tienen información disponible de que los ingresos de su hogar se declararon incorrectamente, se investigará su solicitud.

PASO 3: INFORME DE INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

- A) Informe el tamaño total del hogar.** Ingrese el número total de miembros del hogar en el campo "Total de miembros del hogar (niños y adultos)". Este número **DEBE** ser igual al número de miembros del hogar enumerados en el PASO 1 y el PASO 3. Si hay algún miembro de su hogar que no haya incluido en la solicitud, regrese y agréguelo. Es muy importante incluir a todos los miembros de su hogar, ya que el tamaño de su hogar afecta su elegibilidad para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.
- B) Proporcione los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social.** Un miembro adulto del hogar debe ingresar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social en el espacio provisto.
- C) Usted es elegible para solicitar beneficios incluso si no tiene un número de Seguro Social.** Si ningún miembro adulto del hogar tiene un número de seguro social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha denominada "Marque si no tiene SSN".

PARA CADA MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR:

- D) Indique el nombre de todos los miembros adultos del hogar.** Imprima el nombre de cada miembro del hogar en los cuadros marcados "Nombres de los miembros adultos del hogar". (Primero y último). No incluya a ningún miembro del hogar que haya incluido en el PASO 1.

¿A quién debería incluir aquí?

Al completar esta sección, incluya a todos los miembros adultos de su hogar que sean:

Vivir con usted y compartir ingresos y gastos, aunque no sean parientes y aunque no reciban ingresos propios.

No incluye:

Personas que viven con usted pero que no se mantienen con los ingresos de su hogar y no aportan ingresos a su hogar.

Niños y estudiantes que ya figuran en el Paso 1.

Informar los ingresos del trabajo. Consulte el cuadro a continuación titulado "Fuentes de ingresos para adultos" e informe todos los ingresos del trabajo en el campo "Ingresos del trabajo" de la solicitud. Suele ser el dinero que se recibe por trabajar en puestos de trabajo. Si trabaja por cuenta propia o es propietario de una granja, declarará sus ingresos netos. Si necesita ayuda con esto, solicite en la escuela de sus hijos la Hoja de trabajo complementaria que contiene cálculos de trabajo por cuenta propia.

¿Qué pasa si trabajo por cuenta propia?

Si trabaja por cuenta propia, declare los ingresos del trabajo como un monto neto. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su empresa de sus ingresos y recibos brutos. Solicite a su escuela una hoja de trabajo complementaria para ayudarlo a determinar su ingreso anual bruto mensual antes de las

Informe los ingresos de asistencia pública/manutención infantil/pensión alimenticia. Consulte el cuadro a continuación titulado "Fuentes de ingresos para adultos" e informe todos los ingresos que correspondan en el campo "Asistencia pública/manutención infantil/pensión alimenticia" de la solicitud. No informe el valor de ningún beneficio de

asistencia pública con valor en efectivo que NO aparezca en la tabla. Si recibe ingresos de manutención infantil o pensión alimenticia, informe únicamente los pagos ordenados por el tribunal. Los pagos informales pero regulares deben declararse como "otros" ingresos en la siguiente parte.

Declarar ingresos por pensiones/jubilación/todos los demás ingresos. Consulte la Tabla 2 a continuación titulada "Fuentes de ingresos para adultos" e informe todos los ingresos que correspondan en el campo "Pensiones/Jubilación/Todos los demás ingresos" de la solicitud.

Cuadro 1. Fuentes de ingresos para adultos

Ganancias del trabajo	Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención infantil	Pensiones/Jubilación/Todos los demás ingresos
<ul style="list-style-type: none"> Salario, salarios, bonificaciones en efectivo. Netoingresos del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) <p>Si está en el ejército de EE. UU.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Salario básico y bonificaciones en efectivo (NO incluyen el pago de combate, la FSSA ni los subsidios para vivienda privatizada) <p>Subsidios para alojamiento, alimentación y ropa fuera de la base</p>	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios de desempleo compensación laboral Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local Pagos de pensión alimenticia Pagos de manutención infantil Beneficios para veteranos Beneficios de la huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro Social (incluidos los beneficios de jubilación ferroviaria y pulmón negro) Pensiones privadas o prestaciones por invalidez Ingresos regulares de fideicomisos o herencias Anualidades Ingreso de inversión Intereses ganados Ingresos de alquiler Pagos regulares en efectivo desde fuera del hogar

E) Informe todos los ingresos obtenidos o recibidos por los niños. Consulte la tabla a continuación titulada "Fuentes de ingresos para niños" e informe los ingresos brutos combinados de TODOS los niños enumerados en el Paso 1 en su hogar en el cuadro marcado "Ingresos de niños". Solo cuente los ingresos de los niños de crianza si los solicita con el resto de su hogar (ingresos de un trabajo a tiempo parcial o de cualquier fondo proporcionado al niño para su uso personal). Es opcional que el hogar incluya a los niños de crianza que viven con ellos como parte del hogar en una

¿Qué es el ingreso infantil?

El ingreso infantil es dinero recibido fuera de su hogar que se paga directamente a sus hijos. Muchos hogares no tienen ingresos infantiles. Utilice el cuadro a continuación para determinar si su hogar tiene ingresos infantiles que declarar.

solicitud para niños que no son de crianza.

Cuadro 2. Fuentes de ingresos de los niños

Fuentes de ingresos infantiles	Ejemplo(s)
<ul style="list-style-type: none"> Ganancias del trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario. (Los ingresos poco frecuentes, como los ingresos por cuidar niños o cortar el césped ocasionalmente, no se cuentan como ingresos).
<ul style="list-style-type: none"> Seguridad Social <ul style="list-style-type: none"> Pagos por discapacidad Beneficios para sobrevivientes 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social. Un padre está discapacitado, jubilado o fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social.
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de persona fuera del hogar 	<ul style="list-style-type: none"> Un amigo o un familiar extendido le da dinero para gastar a un niño con regularidad.
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de cualquier otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, una anualidad o un fideicomiso.

Todas las solicitudes deben estar firmadas por un miembro adulto del hogar. Al firmar la solicitud, ese miembro del hogar promete que toda la información ha sido reportada de manera veraz y completa. Antes de completar esta sección, asegúrese también de haber leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles que se encuentran en el reverso de

ETAPA 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

la solicitud.

- A) Proporcione su información de contacto.** Escriba su dirección actual en los campos proporcionados si esta información está disponible. Si no tiene una dirección permanente, esto no significa que sus hijos no sean elegibles para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico o ambos es opcional, pero nos ayuda a comunicarnos con usted rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.
- B) Imprima y firme su nombre y escriba la fecha de hoy.** Imprima el nombre del adulto que firma la solicitud y firme en el cuadro denominado "Firma del adulto que completa el formulario".
- C) Envíe por correo o devuelva el formulario completo a: Cherokee Community Schools 600 W. Bluff St. Cherokee, Iowa. No envíe el formulario completo por correo al Departamento de Agricultura, ya que esto retrasará el procesamiento.**
- D) Rechace que su información se divulgue a Hawki.** Si no desea que la información de su hogar se comparta con Hawki, imprima, firme y feche en el cuadro provisto.
- E) Obtener aplicaciones traducidas.** Si necesita una aplicación traducida con instrucciones, puede encontrarlas en 49 idiomas en: <https://www.fns.usda.gov/school-meals/translated-applications>.

Declaración de no discriminación del USDA:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones 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 represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

1. **correo:**
Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación de Iowa: "Es política de este proveedor de 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 laborales según sea necesario. por las secciones 216.6, 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene preguntas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte de este proveedor de CNP, comuníquese con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, edificio de la Oficina Estatal de Grimes, 6200 Park Ave Suite 100, Des Moines, IA 50321-1270; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio web: <https://icrc.iowa.gov/>."

CARTA DE INFORMACIÓN PARA PADRES/TUTOR PARA LA SOLICITUD DE COMIDA ESCOLAR GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO

Preguntas frecuentes sobre las comidas escolares gratuitas o a precio reducido

Estimado Padre / Tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para poder aprender. **Escuela comunitaria Cherokee** ofrece comidas saludables todos los días escolares. Costos del desayuno[\$0];costos del almuerzo[\$2.35]. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas/leche gratis o para comidas a precio reducido. El precio reducido es[\$0]para desayunar unre [\$ 2.35]para el almuerzo. Devuelva o envíe por correo la solicitud completa a: **Comunicaciones Cherokee. Escuela, a la atención de: Andrea Gebers, 600 W. Bluff St., Cherokee, IA 51012**

A continuación se presentan algunas preguntas y respuestas comunes que le ayudarán con el proceso de solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Inversión Familiar (FIP) o algunos programas específicos de Medicaid son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.
- Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal son elegibles para recibir comidas gratis.
- Los niños que participan en el programa Head Start de su escuela son elegibles para recibir comidas gratis.
- Los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, fugitivos o inmigrantes son elegibles para recibir comidas gratis.
- Los niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar están en o por debajo de los límites de las Pautas Federales de Elegibilidad de Ingresos a continuación y presentan una solicitud para comidas/leche gratis o a precio reducido.

PAUTAS FEDERALES DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS para el AÑO ESCOLAR 2024-2025

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanalment e
1	27.861	2,322	1,161	1.072	536
2	37.814	3.152	1.576	1.455	728
3	47.767	3.981	1.991	1.838	919
4	57.720	4.810	2,405	2,220	1,110
5	67.673	5.640	2.820	2.603	1.302
6	77.626	6.469	3.235	2.986	1.493
7	87.579	7,299	3.650	3,369	1.685
8	97.532	8.128	4.064	3.752	1.876
Cada miembro adicional de la familia:	9,953	830	415	383	192

2. ¿DEBO LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICIENDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO? No, pero lea atentamente la carta y siga las instrucciones. Si algún niño en su hogar no aparece en su notificación, comuníquese con: Andrea Gebers al 712-225-6767 yagebers@ccsd.k12.ia.us inmediatamente a medida que la elegibilidad para recibir comidas gratuitas o a precio reducido se extienda a todos los niños en edad escolar de un hogar. Si no recibió una carta de la escuela, pero recibió un Aviso de almuerzo gratis del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa (Iowa HHS), envíe esta carta a la escuela de sus hijos. Puede agregar cualquier estudiante que viva en su hogar y que no esté incluido en la carta. Además, si alguien en su hogar recibe beneficios SNAP o FIP y usted no recibió ninguna de estas cartas, puede completar una solicitud indicando el número de caso, ya que esto calificará a todos los niños en edad escolar en su hogar para recibir comidas gratis. Si le informaron que sus hijos recibirán comidas a precio reducido, consulte las pautas de ingresos anteriores y si cree que calificaría para recibir beneficios de comidas gratis, complete una solicitud para recibir comidas gratis y a precio reducido.
3. ¿Y SI TENEMOS HIJOS DE CRIANZA? Los hogares con niños en crianza y no en crianza pueden optar por incluir al niño en crianza como miembro del hogar, ya que esto puede ayudar a otros niños en el hogar a calificar para los

beneficios. Si la familia de crianza no es elegible para recibir beneficios de comida gratis o a precio reducido, eso no impide que un niño de crianza reciba beneficios de comida gratis.

4. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO SIN HOGAR, MIGRANTES O FUGIDOS? ¿Los miembros de su hogar carecen de una dirección permanente? ¿Están alojados juntos en un refugio, hotel u otro alojamiento temporal? ¿Su familia se muda estacionalmente? ¿Vive con usted algún niño que haya decidido dejar a su familia u hogar anterior? Si cree que los niños en su hogar cumplen con estas descripciones y no les han dicho que recibirán comidas gratis, comuníquese con: Cherokee Community School, Matt Malausky, 712-225-6755 enlace para personas sin hogar o coordinador de migrantes en mmalausky@ccsd.k12.ia.us
5. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No, complete las solicitudes de comidas escolares gratuitas o a precio reducido para todos los estudiantes de su hogar. No podemos aprobar una solicitud a menos que se envíe la información completa de elegibilidad, así que asegúrese de completar toda la información requerida.
6. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNO NUEVO? Sí, la solicitud de su hijo solo es válida para ese año escolar y durante los primeros días de este año escolar, hasta **4 de octubre de 2024**. Debe completar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya dicho que su hijo es elegible para el nuevo año escolar. Cuando finalice el período de transferencia, a menos que se le notifique que sus hijos recibirán comidas gratis o presente una solicitud aprobada, los niños deberán pagar el precio completo de las comidas escolares. La escuela no está obligada a enviar un recordatorio o aviso de elegibilidad vencida.
7. OBTENGO WIC. ¿MIS HIJOS PUEDEN OBTENER COMIDAS GRATIS? Los niños de hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Por favor complete y envíe una solicitud.
8. ¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí, usted, sus hijos u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido.
9. ¿SE VERIFICARÁ LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONO? Sí, también podemos pedirle que envíe prueba escrita de los ingresos del hogar que declara. No es necesario que proporcione pruebas con su solicitud.
10. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO SOLICITAR MÁS TARDE? Sí, puede presentar su solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que queda desempleado pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso del hogar cae por debajo del límite de ingresos, si el tamaño de su hogar aumenta o si comienza a recibir SNAP, FIP u otros beneficios.
11. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Deberías hablar con los funcionarios de tu escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **Thomas Ryherd, 600 W Bluff St., Cherokee, IA 51012** teléfono 712-225-6767 correo electrónico: tryherd@ccsd.k12.ia.us ¿Y SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LOS MISMOS? Indique la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente gana \$1000 cada mes, pero faltó a algún trabajo el mes pasado y solo ganó \$900, anote que ganó \$1000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo trabaja horas extras a veces. Si perdió su trabajo o le redujeron sus horas o salario, use sus ingresos actuales.
12. ¿Y SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE DECLARAR? Es posible que los miembros del hogar no reciban los tipos de ingresos que le pedimos que informe en la solicitud, o que no reciban ningún ingreso. Siempre que esto suceda, escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si algún campo de ingresos queda vacío o en blanco, también se contará como ceros. Tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que era su intención hacerlo.
13. ESTAMOS EN EL MILITAR. ¿REPORTAMOS NUESTROS INGRESOS DE FORMA DIFERENTE? Su salario básico y sus bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe asignaciones de valor en efectivo para vivienda, comida o ropa fuera de la base, o recibe pagos de la Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar, también debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. Cualquier pago de combate adicional resultante del despliegue también se excluye de los ingresos.
14. ¿NECESITO PROPORCIONAR MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL? Sólo se necesitan los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del principal sustentador del hogar u otro miembro adulto del hogar (o una indicación de "ninguno").

15. ¿Y SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA? Enumere los miembros adicionales del hogar en una Hoja de trabajo complementaria y adjúntela a su solicitud. Contacto **Andrea Gebers, 712-225-6767 o alagebers@ccsd.k12.ia.us** para recibir una Hoja de Trabajo Suplementaria.
16. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR LECHE GRATIS? Si su escuela participa en el Programa Especial de Leche para niños de jardín de infantes de medio día, su hijo de jardín de infantes puede ser elegible para recibir leche gratis. Los niños que compran leche extra con una comida o si desayunan o almuerzan y tienen un descanso para tomar leche por la tarde, no son elegibles para recibir leche gratis.
17. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS A LOS QUE PODRÍAMOS SOLICITAR? Para saber cómo solicitar SNAP u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al 1-877-347-5678. Sus hijos pueden tener derecho a Hawki (seguro médico para niños) o a una exención de las tasas escolares. Lea la información en el reverso de la Solicitud de información de Hawki. Un formulario de exención escolar está disponible en su escuela.
18. ¿LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD PUEDEN OBTENER SUSTITUCIONES DE ALIMENTOS? Si un niño tiene una discapacidad, según lo determine un profesional médico autorizado, y la discapacidad le impide comer la comida escolar habitual, la escuela hará sustituciones prescritas por el profesional médico autorizado. Si es necesaria una sustitución, no habrá ningún cargo adicional por la comida. Sin embargo, tenga en cuenta que la escuela no está obligada a sustituir una alergia alimentaria, a menos que cumpla con la definición de discapacidad. Por favor llame a la escuela para obtener más información.
19. ¿NECESITO INFORMAR MI RAZA Y ETNICIDAD? Es opcional completar la parte racial/étnica de la solicitud.
20. Las aplicaciones traducidas están disponibles en: <http://www.fns.usda.gov/school-meals/translated-applications>.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame **712-225-6767**.

Atentamente,

Andrea Gebers

Declaración de no discriminación del USDA:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones 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 identidad sexual), orientación), discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

1. **correo:**
Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación de Iowa: "Es política de este proveedor de 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 laborales según sea necesario. por las secciones 216.6, 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene preguntas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte de este proveedor de CNP, comuníquese con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, edificio de la Oficina Estatal de Grimes, 6200 Park Ave Suite 100, Des Moines, IA 50321-1270; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio web: <https://lcr.c.iowa.gov/>."

Declaración de información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podremos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Inversión Familiar (FIP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador del FDPIR. para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

Solicitud 2024-2025 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 Definiendo al miembro de 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 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, o que ha huido	Originario de	Opcional
				Sí No			Marque todos los que apliquen		H=Hispano o Latino N=No Hispano o Latino	A=Asiático W=Blanco I= Americano o Nativo de Alaska B= Negro o Afroamericano 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? FDIPIR? No, vaya al PASO 3. Si su respuesta es Sí, escriba un número de caso aquí, vaya al PASO 3. (No complete el PASO 3)

PASO 3 Informe de ingresos de todos los miembros de hogar (omite este paso si respondió Sí al PASO 2)

Si desea hacer su solicitud vía internet, vaya a **N/A**

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

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 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 (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 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		Manutención de niño /Pensión - Bruta		¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)	
	Semana mente	Quince al	Semana mente	Quince al	Semana mente	Quince al
nombre y apellido. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o universidad.	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

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 \$

PASO 4 Información de contacto / firma de un adulto

la página dos contiene más información

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 LÍNEA SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO Devuelva el formulario completo a: Andrea @ Cherokee Community Schools 800 W. Bluff St. Cherokee, Ia. 51012

Tamaño del hogar: Conversión de ingresos anuales

x52 Samana Quinena
x26 Quinena Anual
x24 Veeses al mes Mensual
x12 Mensual Anual

Fecha de entrada en vigor Funcionario de confirmación

Fecha de recepción: Solicitacion de propensa a errores

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 Incompleta

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 contactarse.

Ellos no están autorizados para utilizar la información de esta solicitud de comidas gratis o a precio reducido para cualquier otro fin o para compartirla 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 un 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 Reservas Indígenas (FDP/IR) u otro identificador FDP/IR 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 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 requieren 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 yTTY) 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/ad-3027.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;
fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (2) correo electrónico: program.intake@usda.gov.
- (3)

* 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 de este proveedor CNP, por favor, contacte a la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, 6200 Park Ave, Suite 100, Des Moines, IA 50321; número telefónico 515-281-4121, 800-457-4416; página de internet: <https://icrc.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. Si firma esta exención, su(s) hijo(s) serán considerados para una exención total o parcial de las cuotas escolares. Esto incluye matrícula/tarifas de libros, alquiler de banda y educación física para conductores. Entiendo que divulgaré información que demostrará que solicité comidas escolares gratuitas o a precio reducido para mi(s) hijo(s). Renuncio a mis derechos de confidencialidad SOLAMENTE para la exención de cuotas escolares. Certifico que soy el padre/tutor del niño(s) para quien se realiza la solicitud. **USTED NO TIENE QUE COMPLETAR ESTA EXENCIÓN PARA OBTENER COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO.**

Devuelva el formulario completo a:

Andrea Gebers
Cherokee Community Schools
600 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<ul style="list-style-type: none">o Pagos de discapacidado 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• Anualidades• Ingresos por inversiones• Intereses ganados• Ingresos de rentas• Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar

Hoja suplementaria para la solicitud 2024-2025 de Iowa para comidas escolares gratuitas o a precio reducido Niños adicionales en su hogar (no listados en la página 1)

Primer nombre del menor	SN	Apellido del menor	Fecha de nacimiento	¿Estudiante?		Escuela del menor	Grado	Origen étnico	Opcional	
				SÍ	NO				Sin hogar, inmigrante, que ha huido	Completar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para que reciban comidas gratis o a precio reducido.
								H= Hispano o Latino N= No Hispano o Latino P= Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico	Raza A= Asiático W= Blanco F= Americano o Nativo de Alaska B= Negro o Americano O= Otro	

Cualquier ingreso obtenido por los niños mencionados anteriormente se debería incluir bajo el Paso 3 A en la primera página de la solicitud.

Adultos adicionales en su hogar (no listados en la página 1)

Nombre de adultos miembros del hogar	Ganancia bruta de trabajo/ Todos los demás			Ganancia bruta de Asistencia pública/ Manutención de niño /Pensión - Bruta			Ganancia bruta de Ingresos brutos por Pensiones / Jubilación		
	¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)	2x Mes	Quincen al	¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)	2x Mes	Quincen al	¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla)	2x Mes	Quincen al
nombre y apellido. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o universidad.									

Cálculo del impuesto sobre la renta para trabajadores independientes

Esta guía le ayudará a calcular la cantidad que debe declarar si se trabaja como agricultor, trabajador independiente, o tiene ingresos procedentes de otras fuentes. Los trabajadores independientes pueden usar registros de impuestos de impuestos del año calendario anterior como base para proyectar los ingresos netos del año en curso, a menos que el ingreso mensual actual proporcione una medida más exacta. Informe ingresos derivados de negocios comerciales menos los costos operativos en que se incurre para la generación de ese ingreso. Deducciones de gastos personales tales como intereses sobre pagos de vivienda, gastos médicos y otras deducciones no correspondientes a sus negocios, no están permitidos en la reducción de ingresos brutos de la empresa. Los ingresos adicionales por otros tipos de empleo se deben tratar por separado y aparte de los ingresos generados o perdido de su empresa. Por ejemplo, si usted ha operado una empresa con una pérdida neta, pero ha mantenido un empleo adicional por el que ha recibido un salario, sus ingresos para fines de solicitud de alimentación a precio reducido o gratuita sería solamente el ingreso del salario. Las pérdidas de la empresa no son deducibles de un ingreso positivo obtenido en otro empleo. Para esta solicitud no es posible informar un ingreso negativo de cualquier empresa. El menor ingreso posible es cero (sin ingresos). La información necesaria para llegar a un ingreso permisible de operaciones de empresa privada se puede obtener en su más reciente de Formulario 1040 o 1040-SR, enclavo programar uno de Declaración de impuestos individual de los Estados Unidos - Formulario 1040 o 1040-SR y Programa 1. Sume las cantidades reportadas en las siguientes líneas:

- Ganancia o (pérdida) de capital Formulario 1040 o 1040-SR, LÍNEA 7 \$ _____
- Ingresos de empresa o (pérdida) Programa 1 Parte 1, LÍNEA 3 \$ _____
- Otras ganancias o (pérdidas) Programa 1 Parte 1, LÍNEA 4 \$ _____
- alquiler de inmuebles, regallas, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc. Programa 1 Parte 1, LÍNEA 5 \$ _____
- ingresos de agricultura o (pérdida) Programa 1 Parte 1, LÍNEA 6 \$ _____
- ingresos anuales brutos antes de deducciones. Ingresos Mensuales Calculados \$ _____ (ingreso bruto anual ÷ 12 = ingresos mensuales calculados).

Los ingresos calculados deben ser reportados en el paso 3 de la solicitud de alimentación escolar gratuita y a precio reducido, bajo todos los demás ingresos.

Declaración de no discriminación de Iowa:

"Es política de este proveedor de 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 exigen las secciones 216.6, 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene preguntas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte de este proveedor de CNP, comuníquese con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, edificio de oficinas del estado de Grimes, 400 E. 14th St. Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; Sitio web: <https://icrc.iowa.gov/>."

EJEMPLO DE FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN

Escriba aquí nombre y dirección de la escuela

Fecha: _____

Estimado _____

Su (s) hijo (s) _____

Ha (n) sido:

- Aprobados para recibir comidas gratis comenzando _____ porque:**
- uno o más de sus hijos fueron certificados directamente*
 - los ingresos de su familia están dentro de los límites de elegibilidad
 - El o los niños mencionados arriba es/son hijo (s) de crianza indicados en una aplicación
 - su (s) hijo (s) es (son) persona (s) sin hogar, o que ha (n) huido
 - su hijo está inscrito en Head Start
 - Su (s) hijo (s) hace (n) parte de un grupo familiar en el que el número de caso para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o Asistencia alimenticia (FA, en inglés) o el Programa de Inversión Familiar (FIP, en inglés) de uno de los miembros fue escrito en una solicitud o se envió una carta de DHHS indicando su participación en uno de estos programas
- Aprobado para comidas a precio reducido comenzando _____ porque:**
- uno o más de sus hijos fueron certificados directamente* Los ingresos de su familia reportados a DHHS estuvieron dentro de los límites de elegibilidad de precio reducido. Vea los lineamientos de ingresos que en la Carta de Información que recibió y si considera que puede calificar para beneficios de comida gratis, complete una solicitud para comidas gratis o a precio reducido.
 - los ingresos de su familia están dentro de los límites de elegibilidad según la solicitud que presentó a la escuela.

*Si sus hijos recibieron certificación automática para beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido, la ley federal nos permite recibir información sobre la participación de su familia en SNAP, Asistencia Alimentaria (FA), Programa de Inversión Familiar (FIP) o algunos de Medicaid específicos, para determinar la elegibilidad de comidas. No se ha compartido ninguna otra información acerca de su familia. **Su (s) hijo (s) en la lista (s) recibirá (n) beneficios de comidas de forma automática. No es necesario hacer ninguna otra solicitud.** Si en su hogar hay estudiantes adicionales, usted debe notificarlo a la escuela, ya que los beneficios de comida pueden extenderse a ellos. Usted debe informarnos si **NO** desea que su (s) hijo (s) reciban estos beneficios automáticos de comidas. Complete la información en el respaldo de este formulario y devuélvalo a la escuela dentro de un plazo de diez días calendario posteriores a la fecha de esta carta, si **NO** desea que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido.

- Beneficios denegados porque: (\$ 2.35 para el almuerzo, \$ 0.00 para desayuno y \$ N/A para meriendas)**
- sus ingresos sobrepasan el límite permitido
 - su solicitud estaba incompleta porque _____
- Se identificó que recibe un tipo de beneficio incorrecto**
A partir de _____.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede apelarla con **Andrea Gebers** llamando al **712-225-6767**. Usted también tiene derecho a una audiencia justa. Si solicita una audiencia antes de **dentro de los 10 días calendario siguientes a la fecha de envío de esta carta**, su (s) hijo (s) seguirá (n) recibiendo alimentación gratuita o a precio reducido hasta que se tome la decisión del funcionario de audiencia. Si desea que la decisión se revise más a fondo, usted tiene derecho a una audiencia justa. Esto se puede hacer llamando o escribiendo al siguiente funcionario:

Tom Ryherd 712-225-6767
600 W. Bluff St. Cherokee, Iowa. 51012

Usted puede volver a hacer una solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Si no es elegible ahora, pero tiene una reducción en los ingresos del hogar, se queda sin empleo, o su familia crece, complete una solicitud en ese momento.

Usted puede ser elegible para recibir Asistencia Alimentaria. El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) es un programa para ayudar a comprar comida para tener una buena salud. Si desea información o quiere presentar una solicitud, llame al 1-877-347-5678. Ingrese a <https://www.iowa.gov/how-do-i-apply-food-assistance> para hacer su solicitud por Internet.

Si tiene alguna pregunta o si uno o más de sus hijos no se encuentra en la lista anterior, CONTACTE A LA ESCUELA DE SUS HIJOS.

Devuelva esta página a su escuela si completa la sección de renuncia a beneficios de comidas, si declina a compartir su información con Hawki o Medicaid, o firma la declaración de renuncia.

RECHAZO DE BENEFICIOS DE COMIDA CON BASE EN CERTIFICACIÓN DIRECTA.

NO QUIERO que mi(s) hijo(s) reciba(n) beneficios de comidas.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del Padre/Tutor (Escrito) _____

Firma _____ Fecha _____

NO COMPLETE ESTA CASILLA SI QUIERE QUE SUS HIJOS RECIBAN COMIDA GRATIS O A PRECIO REDUCIDO.

Formulario de información Hawki / Medicaid

Lea esta información. Firme abajo y devuelva esta página a la escuela si decide que **no desea** que su nombre sea dado a conocer a Hawki o Medicaid. 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 contactarlo. 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

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

Si votre ou vos enfants sont admissibles à des repas gratuits ou à prix réduit, vous pourriez également être admissible à d'autres avantages. Si vous signez cette renonciation, votre ou vos enfants seront pris en considération pour une exonération totale ou partielle des frais de scolarité. Cela comprend les frais de scolarité et de livre, la location du groupe et l'ED du conducteur. Je comprends que je vais publier des renseignements qui montreront que j'ai demandé des repas scolaires gratuits et à prix réduit pour mes enfants. Je renonce à mes droits à la confidentialité pour l'exonération des frais de scolarité **UNIQUEMENT**. J'atteste que je suis le parent/tuteur de l'enfant ou des enfants pour lesquels une demande est faite. **VOUS N'AVEZ PAS À REMPLIR CETTE RENONCIATION POUR OBTENIR DES REPAS SCOLAIRES GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT.**

Signature du _____ Date _____ parent/tuteur

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/ad-3027.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 secretario 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.

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

Declaración de no discriminación de Iowa:

"Es la política de este proveedor CNP, no discriminar por motivos de etnicidad, 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, 6200 Park Ave Suite 100, Des Moines, IA 50321-1270; número telefónico 515-281-4121, 800-457-4416; página de internet: <https://icrc.iowa.gov/>."