

OPCIONAL **Identidad étnica y racial de los niños**

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. Completar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para que reciban comidas gratis o a precio reducido. Si no selecciona raza o etnicidad, se seleccionará una por observación.

Origen étnico (marque uno): Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (marque una o más): Amerindio o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico Blanco

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 *hawk-i*, 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 *hawk-i* 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 *hawk-i*, debe decírnoslo completando la información a continuación.** Si desea mayor información, puede llamar a *hawk-i* al 1-800-257-8563. También, si usted ya está recibiendo Medicaid o *hawk-i*, 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 *hawk-i*.

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 una Asistencia Alimentaria (FA), un Programa de Inversión Familia (FIP), o un número de caso de Programa de Distribución de Alimentos o Reservas Indígenas (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. 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 de USDA: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados, e instituciones que participan en o administran los programas del USDA no pueden discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o tener represalias o venganzas por actividad previa a los derechos civiles en ningún programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, información en audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben contactar la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas diferentes de inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el [Formulario de Queja de Discriminación en Programa USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 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: (202) 690-7442; o

- (3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov.

***use esta dirección únicamente si está presentando una**

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://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

Hoja suplementaria para la solicitud 2019-2020 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	¿Estudiante?		Escuela del menor	Grado	Hijo de crianza		Sin hogar, inmigrante, que ha huido	
			Si	No						
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todos los que

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 (nombre y apellido)	Ganancias de trabajo	¿Con qué					Asistencia pública/ Manutención de niño /Pensión	¿Con qué	Ingresos por Pensiones / Jubilación / Todos los demás	¿Con qué												
		Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Anual				Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual					
	\$						\$															
	\$						\$															
	\$						\$															

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 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, incluso programar uno. de Declaración de Impuestos Individual de los Estados Unidos. Suma las cantidades reportadas en las siguientes líneas:

LÍNEA 12 \$ _____ ingresos de empresa o (pérdida)

LÍNEA 13 \$ _____ Ganancia o (pérdida) de capital

LÍNEA 14 \$ _____ Otras ganancias o (pérdidas)

LÍNEA 17 \$ _____ alquiler de inmuebles, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc.

LÍNEA 18 \$ _____ ingresos de agricultura o (pérdida)

TOTAL \$ _____ 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 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.