

Solicitud de Elegibilidad de Iowa

FFY 13-14

Complete una solicitud por grupo familiar. Año Escolar 2013-2014

Parte 1. Seleccione todas las casillas que correspondan:	<input type="checkbox"/> viandas escolares <input type="checkbox"/> leche especial (aplican restricciones)	<input type="checkbox"/> niños en guarderías <input type="checkbox"/> Proveedor de vivienda de nivel I (HP) <input type="checkbox"/> Head Start/Even Start	<input type="checkbox"/> niños en viviendas que son guarderías (HP) Nombre del proveedor:
---	---	--	--

Parte 2. Niños inscritos. SE REQUIERE PARA TODOS LOS SOLICITANTES. Si es elegible, indique el Número de Caso de FIP o Food Assistance.

Mencione el/los nombre/s de todos los niños inscritos en su grupo familiar. Las identidades étnicas y raciales de los niños son opcionales. Proporcione uno o más si selecciona (ver código)

Identidad étnica: H=Hispano o Latino, N=No Hispano o Latino	Raza: A=Asiático I=Indígena norteamericano o Nativo de Alaska	B=Norteamericano de origen africano o negro P=Nativo hawaiano o de Otra isla del Pacífico	W=Blanco
--	---	--	----------

Apellido	Nombre	Segundo nombre o Iniciales	Marque la casilla para hijos en ADOPCIÓN TEMPORAL	Fecha de Nac.	Grado	OPCIONAL		Nombre de Escuela/Head Start/ Guardería/Vivienda que es Guardería
						IDENTIDAD ÉTNICA	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 Food Assistance: Ingrese el Número de Caso del FIP o Food Assistance para CUALQUIER miembro del grupo familiar como se describe en el Aviso de Decisión. NOTA: El número de tarjeta de Medicaid, Title XIX, FIP y el número de tarjeta de EBT no se aceptan. Nombre del miembro del grupo familiar con Número de Caso _____ Mencione el Número de Caso _____

Parte 3. Ingreso Bruto Total del Grupo Familiar. NO COMPLETE LA PARTE 3 SI INDICÓ UN NÚMERO DE FIP O FOOD ASSISTANCE EN LA PARTE 2.

Informe el ingreso bruto recibido por CADA miembro del grupo familiar una vez en la columna correcta: semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensual. El ingreso bruto es el monto que cobró antes de los impuestos y otros descuentos, no el ingreso neto. Informe todos los demás ingresos mensuales recibidos. Los autónomos, consulten la hoja en el reverso de esta solicitud.

Mencione los nombres de todos los que viven en su grupo familiar, incluyendo los niños mencionados en la Parte 2. Adjunte otra página si necesita más espacio. Para los hijos en ADOPCIÓN TEMPORAL, incluya solamente el dinero disponible para el uso personal del niño o el propio ingreso del niño.				Ingreso Bruto: Informe el ingreso según cuán a menudo el miembro del grupo familiar recibe el pago.				Otros Pagos o Ingresos Mensuales Recibidos.		
Apellido	Nombre	Edad	Seleccione si NO RECIBE Ingresos	Monto bruto que cobra por semana	Monto bruto que cobra cada 2 semanas	Monto bruto que cobra dos veces al mes	Monto bruto que cobra mensualmente	Seguro Social, cuota alimentaria, pensión alimenticia, subsidio por adopción	Pensión, jubilación, seguro social, SSI, beneficios a Veteranos (VA)	Todos los demás 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 tengo Número de Seguro Social.
Si se completa la Parte 3, el adulto que firma el formulario debe proporcionar los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o seleccionar la casilla "No tengo un número de Seguro Social". **Para obtener más información, consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en la carta para padres.**

Parte 4. Certificación y Firma SE REQUIERE PARA TODOS LOS SOLICITANTES.

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que informo todos los ingresos si se requiere. Entiendo que recibiré los beneficios de los fondos Federales en base a la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios pueden verificar (cotejar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa intencionadamente, mi hijo puede perder los beneficios de las viandas/leche, y que puedo ser enjuiciado. Dirección de Correo electrónico del Adulto que completa el formulario _____

Firma del Adulto que Completa el Formulario _____ Nombre en letra de imprenta del adulto que completa el formulario _____ Fecha de la Firma _____

Dirección del Adulto que Completa el Formulario _____ Pueblo _____ Código postal _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono particular _____ Teléfono 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 <input type="checkbox"/> Head Start DOCUMENTATION REQUIRED <input type="checkbox"/> Homeless/Migrant (Schools only)	CACFP HP ONLY: <input type="checkbox"/> Tier 1 Area (Provider's own children) <input type="checkbox"/> Tier 1 Income (All children) <input type="checkbox"/> Tier 1 Child (Tier 2 mixed)
Eligibility Determination: <input type="checkbox"/> Free Meals <input type="checkbox"/> Reduced Price Meals <input type="checkbox"/> Free Milk	
Application Denied: <input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Over income limits	

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

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

Si sus hijos no tienen seguro médico, muchas de las familias que reciben viandas gratuitas o a precio reducido también pueden adquirir un seguro médico gratuito o a bajo costo para sus hijos.

La ley requiere que las escuelas compartan su información de elegibilidad con Medicaid y *hawk-i*, el programa estatal de seguro médico para niños, para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido. Le proporcionaremos específicamente el nombre de su hijo y su nombre y dirección. Medicaid y *hawk-i* pueden usar esta información solamente para identificar los niños que pueden ser elegibles para recibir un seguro médico gratuito o a bajo costo y luego para comunicarse con usted. No se le permite usar la información de su solicitud de viandas gratuitas o a precio reducido para cualquier otro propósito.

Las organizaciones para el cuidado de niños pueden compartir esta información si así lo eligen.

No se necesita que usted nos permita compartir la información de su solicitud de viandas gratuitas o a precio reducido para sus hijos con Medicaid o con el programa *hawk-i*. No afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido. Si usted NO desea que su información se comparta con Medicaid o *hawk-i*, debe informarnoslo, completando la información a continuación al momento en que completa su solicitud de elegibilidad. Si desea recibir más información, puede llamar a *hawk-i* al 1-800-257-8563.

NO deseo atención para mi hijo/patrocinador en la escuela/hogar o que los funcionarios del centro Head Start compartan información de la solicitud de viandas gratuitas o a precio reducido con Medicaid o *hawk-i*. Además, si usted ya recibe Medicaid o *hawk-i*, por favor firme a continuación. Esto evitará que nos comuniquemos nuevamente.

Nombre del Niño: _____ Escuela/Guardería/Centro de Head Start: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela/Guardería/Centro de Head Start: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela/Guardería/Centro de Head Start: _____

Nombre del Padre/Tutor (letra de imprenta) _____ Firma _____ Fecha _____

Hoja de Ingresos para Autónomos: Esta hoja le ayudará a calcular el monto a informar si usted tiene una hacienda, es autónomo o recibe ingresos de otras fuentes.

Las personas que tengan haciendas o que manejen otros tipos de comercios privados pueden tener variaciones en el flujo de efectivo o en el ingreso mensual durante el transcurso del año. Estas personas pueden usar su registro de impuestos de ingresos del año calendario anterior como base para solicitar las viandas gratuitas o a precio reducido. El ingreso a informar es el ingreso derivado de la actividad de la empresa menos los costos operativos en los que incurrió cuando generó esos ingresos. Los descuentos de los gastos personales tales como los gastos médicos y otros descuentos no comerciales no permiten la reducción del ingreso comercial bruto.

Si usted recibe ingresos adicionales de otros tipos de empleo, estos ingresos deben considerarse por separado del ingreso generado de su actividad comercial. USDA **NO** reconoce el ingreso al igual que el IRS. USDA no permite que la pérdida de una actividad comercial compense las ganancias de los sueldos o salarios. Aunque su comercio pueda haber padecido una pérdida operativa neta, no es posible tener un ingreso negativo para esta solicitud. **El ingreso mínimo posible del autónomo es cero (sin ingresos)**. Por ejemplo, si usted realizó un negocio y obtuvo una pérdida neta, pero tiene otro empleo por el cual recibe un sueldo, su ingreso se considerará el ingreso de su sueldo solamente, para poder realizar la solicitud de las viandas gratuitas o a precio reducido. La pérdida en un negocio no puede descontarse del monto del ingreso que cobra en el otro empleo.

Una pérdida en su hacienda o de otra operación comercial privada de un año anterior no se puede usar para reducir el ingreso neto del año vigente para determinar la elegibilidad de las viandas gratuitas o a precio reducido. Los sueldos que se pagan a los esposos o a otros miembros de la familia en las operaciones de una hacienda o de un comercio privado deben figurar como ingreso del grupo familiar en la Parte 3 de la solicitud.

Los ingresos de operaciones comerciales privadas se obtienen de su última Declaración de Impuestos de Ingresos Individuales de los EE.UU. - Formulario 1040. Use estas líneas del 1040 que están identificadas.

Línea 12 - Ingreso comercial o (pérdida) US\$ _____

Línea 13 - Ganancia de capital o (pérdida) US\$ _____

Línea 14 - Otras ganancias o (pérdidas) US\$ _____

Línea 17 - Alquiler de inmuebles, regalías, sociedades, Sociedad Mercantil de Tratamiento Fiscal Simplificado, fideicomisos, etc. US\$ _____

Línea 18 - Ingreso de Haciendas o (pérdida) US\$ _____

Total US\$ _____

El mínimo ingreso posible es cero (no se puede informar un número negativo) Total ÷12* = _____

*Ingrese el monto en la columna "Todos los Demás Ingresos del Último Mes" en la Parte 3 en la portada de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa.

Carta para Padres Tutores de la Guardería CACFP de Iowa - Sin costo (frente) Rev. 7/13

Objetivo: La Solicitud de Elegibilidad de Iowa adjunta se usa para determinar la elegibilidad para el reembolso de las viandas gratuitas o a precio reducido. Las instrucciones para completarla están en el reverso de esta carta. Instrucciones para los centros: Elija el Formulario A si usted no recibe un cargo aparte para las viandas. Copie esta carta (frente y reverso) y adjúntela a cada solicitud de Elegibilidad de Iowa distribuida a las familias de los participantes inscriptos.

Querido Padre o Tutor:

Este centro participa en el programa Child and Adult Care Food Program (CACFP) administrado por el United States Department of Agriculture (USDA). No se cobran las viandas aparte a los participantes. Sin embargo, por medio de la participación en este Programa, el centro recibe un reembolso parcial para las viandas nutritivas que se sirven a los niños. El monto del reembolso que recibe el centro está determinado por la información que usted provee. Proveer información puede ayudar a que su centro compre alimentos nutritivos. Se otorgará un reembolso más grande a los centros para las comidas que se sirven a los niños inscriptos de familias cuyo ingreso está al nivel o por debajo del nivel que se muestra en la tabla a continuación. Por favor, lea las instrucciones en el reverso, complete, firme y devuelva la solicitud de ingreso adjunta tan pronto como sea posible. El centro no puede usar una solicitud que no contiene toda la información requerida. Si falta información requerida, se negarán los beneficios de viandas gratuitas o a precios reducidos. Llame a su centro si necesita ayuda con el formulario. La información que se brinde en este formulario será registrada y se tratará como confidencial.

Un niño en adopción temporal que está bajo la responsabilidad legal de una agencia del seguro social o tribunal puede certificarse como elegible para recibir las viandas gratuitas sin considerar el ingreso familiar. Vea las instrucciones en el reverso para obtener más información.

Si usted no califica ahora para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido, puede solicitar los beneficios en cualquier momento durante el año. Si el ingreso de su grupo familiar disminuye, aumenta el tamaño de su grupo familiar o ha inscrito niños que para que sean elegibles para el food assistance o FIP, puede completar una solicitud en cualquier momento.

Pautas de Elegibilidad de Ingreso para las Viandas a Precio Reducido
Con vigencia del 7-1-2013 al 6-30-2014

Tamaño del Grupo Familiar	Viandas a Precio Reducido				
	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	21,257	1,772	886	818	409
2	28,694	2,392	1,196	1,104	552
3	36,131	3,011	1,506	1,390	695
4	43,568	3,631	1,816	1,676	838
5	51,005	4,251	2,126	1,962	981
6	58,442	4,871	2,436	2,248	1,124
7	65,879	5,490	2,745	2,534	1,267
8	73,316	6,110	3,055	2,820	1,410
Para cada miembro familiar adicional agregue:	+7,437	+620	+310	+287	+144

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que usted nos provee.

La Ley del Almuerzo de la Escuela Nacional Richard B. Russell necesita la información de esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar las viandas gratuitas o a precio reducido para su hijo. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. No se requiere la información del seguro social cuando usted realiza la solicitud en nombre de un hijo en adopción temporal, o si indica un número de Food Assistance, o un número del Family Investment Program, o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido y para los programas de administración y cumplimiento de CACFP. Podemos compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios del cumplimiento de la ley para ayudar a investigar las violaciones de las reglas del programa.

Declaración de No Discriminación: Explica qué hacer si usted cree que lo han tratado injustamente.

Declaración de No Discriminación de USDA: Conforme a la ley Federal y a la política del U.S. Department of Agriculture, se prohíbe a esta institución discriminar en base a la raza, color, origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al número gratuito (866) 632-9992 (Voice). Los individuos con deficiencias auditivas o con dificultades del habla pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor y empleador de servicios con igualdad de oportunidades.

Aviso de No Discriminación de Iowa: La política de este proveedor de CNP es no discriminar en base a la raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen, discapacidad o religión en las prácticas de estos programas, actividades o empleos como lo especifica la sección 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene consultas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte del Proveedor de CNP, comuníquese con la Iowa Civil Rights Commission, Grimes State Office Building, 400 E. 14th St., Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio Web: <http://www.state.ia.us/government/crc/index.html>.

Instrucciones para Completar la Solicitud de Elegibilidad de Iowa

Complete ambos lados de la solicitud para cada grupo familiar.

Parte 1. Todos los solicitantes deben completar esta parte. Esta solicitud se puede usar para solicitar los beneficios en los programas de leche o viandas escolares, guarderías y cuidado en el hogar para niños. Seleccione todas las casillas que se aplican a su familia. Usted puede hacer copias de la solicitud completa para cada programa en el cual participe su hijo.

HIJO EN ADOPCIÓN TEMPORAL EN EL GRUPO FAMILIAR, siga estas instrucciones. Un hijo en adopción temporal es un hijo que vive con un grupo familiar pero cuya responsabilidad legal está bajo la agencia de bienestar o tribunal. Los hijos en adopción temporal pueden incluirse como miembros del grupo familiar o en una solicitud de otro miembro o en una solicitud por separado.

Parte 2. Complete el nombre, fecha de nacimiento, grado (si corresponde), nombre de la escuela/Head Start/guardería a la que el niño asiste. Seleccione la casilla de hijo en adopción temporal. Proporcione la información de origen y de la raza si lo desea, pero la escuela/Head Start/guardería determinará el origen y raza de su hijo en adopción temporal si usted no completa esta sección.

Parte 3. Complete esta sección solamente si el hijo en adopción temporal recibe dinero para uso personal o tiene otro ingreso personal de manera regular. Si el hijo en adopción temporal no tiene ingresos, seleccione la casilla que indica: sin ingresos. NO incluya la remuneración que recibe la familia adoptiva para proporcionar el cuidado al hijo en adopción temporal.

Parte 4. Lea la certificación y complete esta sección.

LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR QUE TIENEN EL FIP o FOOD ASSISTANCE, incluyendo hijos en Head Start o Even Start, sigan estas instrucciones.

Parte 2. Complete el nombre, fecha de nacimiento, grado (si corresponde), nombre de la escuela/Head Start/guardería a la que el niño asiste en su grupo familiar. Complete al menos un **Número de Caso** de FIP o Food Assistance por grupo familiar en el área provista.

Use el Número de Caso de Hogar que figura en el Aviso de Decisión del DHS. La elegibilidad basada en el Head Start o Even Start está disponible solamente si su hijo se inscribe en Head Start y se proporciona la documentación de la agencia Head Start.

NOTA: Los números de tarjeta de Medicaid, Title XIX, FIP y los números de tarjeta de EBT no se aceptan. Proporcione la información de origen y de la raza si lo desea, pero la escuela/Head Start/guardería determinará el origen y raza de su hijo si usted no completa esta sección.

Parte 3. Continúe con la siguiente sección.

Parte 4. Lea la certificación y complete esta sección.

TODOS LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES, incluyendo los grupos familiares del WIC, sigan estas instrucciones para informar los ingresos.

Parte 2. Complete el nombre, fecha de nacimiento, grado (si corresponde), nombre de la escuela/Head Start/guardería para cada niño en su grupo familiar. Proporcione la información de origen y de la raza si lo desea, pero la escuela/Head Start/guardería determinará el origen y raza de cada hijo si usted no completa esta sección.

Parte 3. Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del grupo familiar del mes anterior.

Nombre: Complete el apellido y nombre de **cada** persona que vive en su grupo familiar, parientes o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos), inclúyase usted y todos los niños que viven con usted. El grupo familiar decide si incluye al hijo en adopción temporal en la solicitud de su grupo familiar con los niños que no son en adopción temporal. Adjunte otra hoja si es necesario.

Edad: Complete la edad de cada miembro del grupo familiar.

Marque si No tiene Ingresos: Marque la casilla si el miembro del grupo familiar **no** tiene ingresos.

Ingreso bruto del mes anterior y cómo lo recibió: Informe el monto del ingreso que recibió en la columna de Ingreso Bruto (semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes, o mensual). Complete el **ingreso bruto** que cobró cada persona en su trabajo. Este no es igual al ingreso neto. **El ingreso bruto es el monto que cobró antes de los impuestos y otros descuentos.** El monto debe figurar en su recibo de pago o se lo puede informar su jefe. Si usted tiene un miembro del grupo familiar cuyo ingreso del mes anterior fue superior o inferior al ingreso que recibe regularmente, complete el ingreso promedio esperado de esa persona. Si el grupo familiar incluye el hijo en adopción temporal, deben informar cualquier ingreso personal que reciba el hijo en adopción temporal en la solicitud del grupo familiar del padre adoptivo.

Otros Pagos o Ingresos Mensuales: El dinero se informa en esta sección si se recibe de manera regular. Complete el monto que cada persona recibió el mes anterior por asistencia social, cuota alimentaria, pensión alimenticia, pensiones, jubilaciones, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Complementaria (SSI), y beneficios a los Veteranos (VA benefits). En la columna **Todos los Demás Ingresos**, incluya la Indemnización al Trabajador, fondo de desempleo, beneficios por huelga y las contribuciones comunes de las personas que no viven en su grupo familiar, dinero en efectivo obtenido de los ahorros, inversiones o fideicomisos, intereses y **CUALQUIER OTRO INGRESO.** Use la Hoja de Ingresos de Autónomos en el reverso de la solicitud para calcular el ingreso neto para los ingresos de comercios, haciendas o alquileres propios, en la columna Todos los Demás Ingresos. **No informe:** Becas, beneficios educativos, pagos únicos, prima de combate, Pago de Incentivo de Extensión de Despliegue (DEIP) o ingresos adicionales de los niños que provengan de actividades ocasionales tales como la niñera, recoger la nieve o cortar el césped. Si usted está en la Iniciativa de Privatización del Ejército o recibe prima de combate, no incluya estas mensualidades.

Número de Seguro Social: Si la solicitud se realiza en base al ingreso, el adulto que firma el formulario debe proporcionar los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social o seleccionar la casilla "No tengo un número de Seguro Social". Si usted no proporciona su información del Seguro Social o no selecciona la casilla, no se puede procesar su solicitud.

Parte 4. Lea la certificación y complete esta sección.

Objetivo: La Solicitud de Elegibilidad de Iowa adjunta se usa para determinar la elegibilidad para el reembolso de las viandas gratuitas o a precio

Carta para Padres Tutores de la Guardería CACFP de Iowa - Tarifas (frente) Rev. 7/13

reducido. Las instrucciones para completarla están en el reverso de esta carta.

Instrucciones para los centros: Elija el Formulario B si usted recibe un cargo aparte para las viandas. Copie esta carta (frente y reverso) y adjúntela a cada solicitud de Elegibilidad de Iowa distribuida a las familias de los participantes inscriptos.

Querido Padre o Tutor:

Este centro participa en el programa Child and Adult Care Food Program (CACFP) administrado por el United States Department of Agriculture (USDA). Los participantes inscriptos pueden comprar el almuerzo y cena por \$_____, el desayuno por \$_____, y la merienda por \$_____. Los participantes inscriptos de familias cuyo ingreso es igual o menor a los niveles indicados en la tabla a continuación son elegibles para recibir ya sea las viandas gratuitas, o las viandas a precios reducidos que cuestan \$.40 para el almuerzo/cena, \$.30 para el desayuno, y \$.15 para la merienda.

Para solicitar las viandas gratuitas o a precio reducido, por favor complete esta solicitud tan pronto como sea posible, fírmela y envíela al centro. El centro no puede usar una solicitud que no contenga toda la información requerida. Si falta información requerida, se negarán los beneficios de las viandas. Llame a su centro si necesita ayuda con el formulario. La información que se brinde en este formulario será registrada y se tratará como confidencial.

Un niño en adopción temporal que está bajo la responsabilidad legal de una agencia del seguro social o tribunal puede certificarse como elegible para recibir las viandas gratuitas sin considerar el ingreso familiar. Vea las instrucciones en el reverso para obtener más información.

Si usted no califica ahora para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido, puede solicitar los beneficios en cualquier momento durante el año. Si el ingreso de su grupo familiar disminuye, aumenta el tamaño de su grupo familiar o ha inscrito niños que para que sean elegibles para el food assistance o FIP, puede completar una solicitud en cualquier momento.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del centro acerca de su solicitud, puede conversar esto con ellos. Además, tiene derecho a una audiencia justa. La misma se puede realizar si llama o escribe al funcionario que figura a continuación:

(Indique Nombre, Dirección y Teléfono del Funcionario de la Audiencia)

Se le notificará la aprobación o el rechazo de esta solicitud.

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESO PARA LAS VIANDAS A PRECIO REDUCIDO Con vigencia del 7-1-2013 al 6-30-2014

Tamaño del Grupo Familiar	Viandas a Precio Reducido				
	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	21,257	1,772	886	818	409
2	28,694	2,392	1,196	1,104	552
3	36,131	3,011	1,506	1,390	695
4	43,568	3,631	1,816	1,676	838
5	51,005	4,251	2,126	1,962	981
6	58,442	4,871	2,436	2,248	1,124
7	65,879	5,490	2,745	2,534	1,267
8	73,316	6,110	3,055	2,820	1,410
Para cada miembro familiar adicional agregue:	+7,437	+620	+310	+287	+144

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que usted nos provee.

La Ley del Almuerzo de la Escuela Nacional Richard B. Russell necesita la información de esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar las viandas gratuitas o a precio reducido para su hijo. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número del seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. No se requiere la información del seguro social cuando usted realiza la solicitud en nombre de un hijo en adopción temporal, o si indica un número de Food Assistance, o un número del Family Investment Program, o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido y para los programas de administración y cumplimiento de CACFP. Podemos compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios del cumplimiento de la ley para ayudar a investigar las violaciones de las reglas del programa.

Declaración de No Discriminación: Explica qué hacer si usted cree que lo han tratado injustamente.

Declaración de No Discriminación de USDA: Conforme a la ley Federal y a la política del U.S. Department of Agriculture, se prohíbe a esta institución discriminar en base a la raza, color, origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al número gratuito (866) 632-9992 (Voice). Los individuos con deficiencias auditivas o con dificultades del habla pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor y empleador de servicios con igualdad de oportunidades.

Aviso de No Discriminación de Iowa: La política de este proveedor de CNP es no discriminar en base a la raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen, discapacidad o religión en las prácticas de estos programas, actividades o empleos como lo especifica la sección 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene consultas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte del Proveedor de CNP, comuníquese con la Iowa Civil Rights Commission, Grimes State Office Building, 400 E. 14th St., Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio Web: <http://www.state.ia.us/government/crc/index.html>.

Instrucciones para Completar la Solicitud de Elegibilidad de Iowa

Complete ambos lados de la solicitud para cada grupo familiar.

Parte 1. Todos los solicitantes deben completar esta parte. Esta solicitud se puede usar para solicitar los beneficios en los programas de leche o viandas escolares, guarderías y cuidado en el hogar para niños. Seleccione todas las casillas que se aplican a su familia. Usted puede hacer copias de la solicitud completa para cada programa en el cual participe su hijo.

HIJO EN ADOPCIÓN TEMPORAL EN EL GRUPO FAMILIAR, siga estas instrucciones. Un hijo en adopción temporal es un hijo que vive con un grupo familiar pero cuya responsabilidad legal está bajo la agencia de bienestar o tribunal. Los hijos en adopción temporal pueden incluirse como miembros del grupo familiar o en una solicitud de otro miembro o en una solicitud por separado.

Parte 2. Complete el nombre, fecha de nacimiento, grado (si corresponde), nombre de la escuela/Head Start/guardería a la que el niño asiste. Seleccione la casilla de hijo en adopción temporal. Proporcione la información de origen y de la raza si lo desea, pero la escuela/Head Start/guardería determinará el origen y raza de su hijo en adopción temporal si usted no completa esta sección.

Parte 3. Complete esta sección solamente si el hijo en adopción temporal recibe dinero para uso personal o tiene otro ingreso personal de manera regular. Si el hijo en adopción temporal no tiene ingresos, seleccione la casilla que indica: sin ingresos. NO incluya la remuneración que recibe la familia adoptiva para proporcionar el cuidado al hijo en adopción temporal.

Parte 4. Lea la certificación y complete esta sección.

LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR QUE TIENEN EL FIP o FOOD ASSISTANCE, incluyendo hijos en Head Start o Even Start, sigan estas instrucciones

Parte 2. Complete el nombre, fecha de nacimiento, grado (si corresponde), nombre de la escuela/Head Start/guardería a la que el niño asiste en su grupo familiar. Complete al menos un **Número de Caso** de FIP o Food Assistance por grupo familiar en el área provista. **Use el Número de Caso de Hogar que figura en el Aviso de Decisión del DHS.** La elegibilidad basada en el Head Start o Even Start está disponible solamente si su hijo se inscribe en Head Start y se proporciona la documentación de la agencia Head Start.

NOTA: Los números de tarjeta de Medicaid, Title XIX, FIP y los números de tarjeta de EBT no se aceptan. Proporcione la información de origen y de la raza si lo desea, pero la escuela/Head Start/guardería determinará el origen y raza de su hijo si usted no completa esta sección.

Parte 3. Continúe con la siguiente sección.

Parte 4. Lea la certificación y complete esta sección.

TODOS LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES, incluyendo los grupos familiares del WIC, sigan estas instrucciones para informar los ingresos.

Parte 2. Complete el nombre, fecha de nacimiento, grado (si corresponde), nombre de la escuela/Head Start/guardería para cada niño en su grupo familiar. Proporcione la información de origen y de la raza si lo desea, pero la escuela/Head Start/guardería determinará el origen y raza de cada hijo si usted no completa esta sección.

Parte 3. Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del grupo familiar del mes anterior.

Nombre: Complete el apellido y nombre de **cada** persona que vive en su grupo familiar, parientes o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos), inclúyase usted y todos los niños que viven con usted. El grupo familiar decide si incluye al hijo en adopción temporal en la solicitud de su grupo familiar con los niños que no son en adopción temporal. Adjunte otra hoja si es necesario.

Edad: Complete la edad de cada miembro del grupo familiar.

Marque si No tiene Ingresos: Marque la casilla si el miembro del grupo familiar **no** tiene ingresos.

Ingreso bruto del mes anterior y cómo lo recibió: Informe el monto del ingreso que recibió en la columna de Ingreso Bruto (semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes, o mensual). Complete el **ingreso bruto** que cobró cada persona en su trabajo. Este no es igual al ingreso neto. **El ingreso bruto es el monto que cobró antes de los impuestos y otros descuentos.** El monto debe figurar en su recibo de pago o se lo puede informar su jefe. Si usted tiene un miembro del grupo familiar cuyo ingreso del mes anterior fue superior o inferior al ingreso que recibe regularmente, complete el ingreso promedio esperado de esa persona. Si el grupo familiar incluye el hijo en adopción temporal, deben informar cualquier ingreso personal que reciba el hijo en adopción temporal en la solicitud del grupo familiar del padre adoptivo.

Otros Pagos o Ingresos Mensuales: El dinero se informa en esta sección si se recibe de manera regular. Complete el monto que cada persona recibió el mes anterior por asistencia social, cuota alimentaria, pensión alimenticia, pensiones, jubilaciones, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Complementaria (SSI), y beneficios a los Veteranos (VA benefits). En la columna **Todos los Demás Ingresos**, incluya la Indemnización al Trabajador, fondo de desempleo, beneficios por huelga y las contribuciones comunes de las personas que no viven en su grupo familiar, dinero en efectivo obtenido de los ahorros, inversiones o fideicomisos, intereses y **CUALQUIER OTRO INGRESO.** Use la Hoja de Ingresos de Autónomos en el reverso de la solicitud para calcular el ingreso neto para los ingresos de comercios, haciendas o alquileres propios, en la columna Todos los Demás Ingresos. **No informe:** Becas, beneficios educativos, pagos únicos, prima de combate, Pago de Incentivo de Extensión de Despliegue (DEIP) o ingresos adicionales de los niños que provengan de actividades ocasionales tales como la niñera, recoger la nieve o cortar el césped. Si usted está en la Iniciativa de Privatización del Ejército o recibe prima de combate, no incluya estas mensualidades.

Número de Seguro Social: Si la solicitud se realiza en base al ingreso, el adulto que firma el formulario debe proporcionar los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social o seleccionar la casilla "No tengo un número de Seguro Social". Si usted no proporciona su información del Seguro Social o no selecciona la casilla, no se puede procesar su solicitud.

Parte 4. Lea la certificación y complete esta sección.

Carta para las Familias del Centro de Día de CACFP**Rev. 7/13**

Instrucciones: Complete, firme y envíe nuevamente el Formulario de Elegibilidad de Ingreso adjunto tan pronto como sea posible. Este formulario es necesario para que podamos recibir el reembolso de las viandas que se sirven bajo el programa Child and Adult Care Food Program (CACFP). Este formulario se tratará como confidencial. Si usted no puede completar y firmar el formulario, puede completarlo un tutor o miembro del grupo familiar. Su formulario se debe completar de la siguiente manera:

Grupos familiares de Food Assistance/SSI/Medicaid Si usted recibe en la actualidad Food Assistance o Supplemental Security Income (SSI) o Medicaid, debe indicar el número de caso y **Firmar** el formulario.

O

Todos los Demás Grupos Familiares: Si su grupo familiar está al nivel o por debajo del nivel indicado en las Pautas de Ingreso al final de esta página, debe proveer la información a continuación en este formulario o no se aprobará:

- Miembros del Grupo Familiar** Indique su nombre y el nombre de su cónyuge y/o cualquier otra persona que viva con usted y dependa de su soporte financiero. **Si las personas que viven con usted no dependen de sus finanzas, entonces no se requiere que incluya los nombres e ingresos en este formulario a menos que usted esté casado. Si está casado, deben figurar usted y su cónyuge.**
- Número de Seguro Social:** Indique los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario. Si el adulto que firma el formulario no tiene un SSN, seleccione la casilla, "No tengo número de seguro social".
- Ingreso Mensual:** Indique su ingreso mensual y la fuente y el ingreso mensual y la fuente de todas las personas que viven con usted y que dependen de usted para el soporte financiero.
- Firma:** Usted o un tutor o un miembro del grupo familiar debe firmar el formulario. Si usted no puede completar y firmar el formulario, debe completarlo un tutor o miembro del grupo familiar.

Si usted no califica ahora para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido, puede hacerlo en cualquier momento durante el año. Si el ingreso de su grupo familiar disminuye, aumenta el tamaño de su familia o comienza a recibir los Beneficios de Food Assistance, SSI, o Medicaid, puede completar un formulario en ese momento.

- Este centro no cobra las viandas aparte (continúe con la página siguiente).
 Este centro cobra las siguientes tarifas para las viandas:

Vianda	Precio Total	Cargo Reducido
Desayuno		.30
Almuerzo/Cena		.40
Merienda		.15

Si usted no está de acuerdo con la decisión del centro acerca de su solicitud, puede conversar esto con ellos. Además, tiene derecho a una audiencia justa. La misma se puede realizar si llama o escribe al funcionario que figura a continuación: _____
 Información de contacto del funcionario de la audiencia: _____

**Pautas de Elegibilidad de Ingreso para las Viandas a Precio Reducido
 Con vigencia del 7-1-2013 al 6-30-2014**

Tamaño del Grupo Familiar	Viandas a Precio Reducido				
	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	21,257	1,772	886	818	409
2	28,694	2,392	1,196	1,104	552
3	36,131	3,011	1,506	1,390	695
4	43,568	3,631	1,816	1,676	838
5	51,005	4,251	2,126	1,962	981
6	58,442	4,871	2,436	2,248	1,124
7	65,879	5,490	2,745	2,534	1,267
8	73,316	6,110	3,055	2,820	1,410
Para cada miembro familiar adicional agregue:	+7,437	+620	+310	+287	+144

**Formulario de Elegibilidad de Ingreso para el Centro de Día de Adultos de CACFP (frente)
Rev. 7/13**

Complete este formulario cuidadosamente, fírmelo y envíelo al centro.

PARTE 1 - Complete la Parte 1 si usted o cualquier miembro de la familiar recibe en la actualidad Food Assistance o Supplemental Security Income (SSI) o Medicaid. Si usted completa esta parte, saltee la Parte 2 y continúe con la Parte 3.

Nombre	Medicaid (Título XIX) No de Caso.	Nº de Caso de SSI.	Nº de Caso de Food Assistance.

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

A continuación, debajo de “Nombre” indique su nombre y el nombre de su cónyuge y/o cualquier otra persona que **viva con usted y dependa de su soporte financiero**. Si necesita más espacio, use otra hoja de papel. En las últimas 4 columnas, indique **todos** los ingresos que recibió el mes pasado en la misma línea donde figura el nombre de la persona que lo recibió. Debe indicar el ingreso **bruto** mensual, (el monto **antes** de los descuentos de impuestos, Seguro Social, etc.). Indique cada monto según la fuente que corresponda. Si el ingreso es negativo, se debe indicar como ingreso “**ceró**”. Si el ingreso del mes pasado no refleja precisamente sus circunstancias, usted puede indicar un monto aproximado de lo que espera recibir cada mes. Para el ingreso que cambia de un mes a otro, tal como el ingreso de haciendas, se debe calcular el promedio en base a los 12 meses anteriores.

Apellido y Nombre Inscrito	Edad	Salario/ Sueldos Antes de los Descuentos	Asistencia Social, Cuota Alimentaria y Pensión Alimenticia	Pensiones y Seguro Social	Todos los Demás Ingresos
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$
3.		\$	\$	\$	\$
4.		\$	\$	\$	\$
5.		\$	\$	\$	\$
6.		\$	\$	\$	\$
7.		\$	\$	\$	\$

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que usted nos provee.

Si usted no proporcionó un Número de Identificación de Food Assistance, SSI, o Medicaid, la ley federal (PL97-35) solicita que indique los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del grupo familiar que firma este formulario antes de que el centro de día del adulto pueda recibir el reembolso por las viandas que se sirven bajo el programa CACFP. Usted no tiene que proporcionar la información del Seguro Social, pero si se niega a hacerlo, el centro no podrá recibir el reembolso de las viandas gratuitas o a precio reducido. La verificación puede incluir auditoría, investigaciones, contacto con la oficina de Seguridad de Empleo Estatal, la oficina de Asistencia Social o Sello Alimenticio, empleadores y verificación de la información por escrito provista por usted para confirmar la información recibida. Si se descubre que hay información incorrecta, esto puede ocasionar una pérdida del beneficio o acciones legales. Se debe informar al miembro del grupo familiar que indica su número del Seguro Social en este formulario acerca de estos hechos.

Formulario de Elegibilidad de Ingreso para el Centro de Día de Adultos de CACFP (reverso)
Rev. 7/13

PARTE 3 - Información de la Raza/Étnica y Firma

Por favor, verifique el grupo de raza/étnico al cual pertenece. No se requiere que responda esta pregunta. Si usted no responde esta pregunta, alguien del centro lo determinará. No se discriminará a nadie por su raza, sexo, color, nacionalidad, edad o discapacidad.

1. Hispánico o Latino No Hispánico o Latino
2. Blanco Negro o Norteamericano de origen Africano Indígena norteamericano o Nativo de Alaska
- Hawaiano Nativo de Asia o de Otra Isla del Pacífico

Multas por Distorsión de la Información: Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y precisa y que se informaron todos los ingresos. Entiendo que esta información se provee para recibir la financiación Federal, que la información provista puede ser verificada, y que la distorsión deliberada de la información puede someterme a juicio según las leyes Estatales y Federales correspondientes. **Usted o un tutor o un miembro del grupo familiar adulto debe firmar a continuación. Si se completa la Parte 2, el adulto que firma el formulario también debe proporcionar los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o seleccionar la casilla "No tengo un número de Seguro Social".** (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en el reverso de esta página).

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: * * * - * * - ____ O No tengo Número de Seguro Social

Nombre Impreso

Dirección

Firma

Ciudad

Fecha de la Firma

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Para Uso del Centro o Patrocinador Solamente

El personal del centro debe firmar este formulario y se debe determinar la categoría de Gratuito, Reducido o Pago para que este formulario sea válido. **Este formulario es válido solamente durante un año desde la fecha que figura a continuación.**

Ingreso Mensual Total (si corresponde): \$ _____ **Tamaño de la Familia** _____

Gratuito (Ingreso de Food Assistance, SSI, Medicaid o) Reducido, Pago (No elegible para las viandas gratuitas o a precio reducido)

PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE

Firma del Funcionario Determinante

Fecha

Declaración de No Discriminación: Explica qué hacer si usted cree que lo han tratado injustamente.

Declaración de No Discriminación de USDA: Conforme a la ley Federal y a la política del U.S. Department of Agriculture, se prohíbe a esta institución discriminar en base a la raza, color, origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al número gratuito (866) 632-9992 (Voice). Los individuos con deficiencias auditivas o con dificultades del habla pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor y empleador de servicios con igualdad de oportunidades.

Aviso de No Discriminación de Iowa: La política de este proveedor de CNP es no discriminar en base a la raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen, discapacidad o religión en las prácticas de estos programas, actividades o empleos como lo especifica la sección 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene consultas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte del Proveedor de CNP, comuníquese con la Iowa Civil Rights Commission, Grimes State Office Building, 400 E. 14th St., Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio Web:

<http://www.state.ia.us/government/crc/index.html>