

**PASO 1 — Todos los Niños en el Hogar**

Identificación del Estudiante (opcional)	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Grado (Optional)	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo	Head Start
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Los estudiantes matriculados en las escuelas que participan en el suministro de la Comunidad de Elegibilidad (CEP) recibirán comidas gratis sin importar la determinación final o la elegibilidad de esta solicitud.

Las aplicaciones traducidas están disponibles en 34 idiomas en:  
<http://www.fns.usda.gov/school-meals/translated-applications>

**PASO 2 — Programas de Asistencia**

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, Programa de Inversión Familiar (FIP), or FDIPIR? **Circle uno:** SI / No

Si respondió NO > Complete el PASO 3.  
 Si respondió SI > Escribe un número de caso luego omita el PASO 3 y vaya al PASO 4.

Número De Caso:

**PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Incluidos los niños) - Sátese este paso si responde "Sí" al PASO 2**

Lista de todos los miembros del hogar (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Hogar (Nombre y Apellido)	Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: W = Semanal, E = Cada Dos Semanas, T = Dos Veces al Mes, M = Mensual															
	Ganancias del Trabajo	Frecuencia?				Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Frecuencia?				Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	Frecuencia?				
		W	E	T	M		W	E	T	M		W	E	T	M	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tamaño total del hogar (Niños y Adultos)

Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar \*\*\* - \*\* -

Marque si no tiene SSN

**PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto**

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables".

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Firma del adulto que llene este formulario

Fecha de Hoy

Dirección (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono De Casa

Teléfono Del Trabajo

Correo Electrónico

**OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños — Si no se selecciona raza o etnia, se seleccionará una basada en observación visual.**

Etnicidad (marque uno):

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Negro o Afroamericano
- Asiático
- Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico
- Blanco



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. El número de seguro social no es necesario cuando usted está presentando la solicitud en nombre de un hijo de crianza o usted escribe un número de caso de Asistencia Alimentaria (FA), Programa de Inversión Familiar (FIP) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de 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 normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de 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 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 comuníquese con 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 el 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/USDA-OASCR\\_%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.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 y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

1. enviar por correo a:  
Departamento de Agricultura de EE. UU.  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Avenida Independencia, 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 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/>."

### Seguro médico de bajo costo para los niños

Si sus hijos no tienen seguro de salud, muchas familias que reciben comidas gratuitas o de precio reducido también pueden obtener un seguro de salud gratuito o a bajo costo para sus hijos. La ley requiere que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad para comidas gratis o a precio reducido con Medicaid & **hawk-i**, el programa de seguro médico del estado para niños. Las escuelas privadas, RCCIs y organizaciones de cuidado infantil pueden optar por compartir esta información. En concreto, les daremos el nombre de su hijo, su nombre y dirección. Medicaid & **hawk-i** sólo puede usar la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para un seguro de salud gratuito o de bajo costo y ponerse en contacto con usted. No se les permite usar la información de su aplicación de comida gratis y reducida para cualquier otro propósito o compartirla con cualquier otra entidad o programa. No se le requiere que nos permita compartir esta información, no afectará la elegibilidad de su hijo para comidas gratis o a precio reducido. **Si usted NO desea que su información sea compartida con Medicaid o hawk-i, debe informarnos completando la información que aparece a continuación.** Si desea más información, puede llamar a **hawk-i** al 1-800-257-8563. Además, si ya está recibiendo Medicaid o hawk-i, firme abajo. Esto evitará otro contacto.

Mi firma a continuación indica que NO quiero que los oficiales de la escuela compartan información de mi solicitud de comida gratis o a precio reducido con Medicaid o **hawk-i**.

**Nombre del Padre / Guardián (Impreso)** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

### Renuncia Información Opcional divulgación de información confidencial para el año escolar 2023 - 2024

Si su hijo (s) califica para recibir comidas gratis o a precio reducido, también puede ser elegible para otros beneficios si esta exención se envía a la Oficina de Nutrición en 1130 W. North Avenue, Norwalk, IA 50211 o por correo electrónico a [deeanna.serres@norwalkschools.org](mailto:deeanna.serres@norwalkschools.org), antes del **30 de septiembre de 2023**. Entiendo que divulgaré información que mostrará que solicité comidas escolares gratuitas o de precio reducido para mi (s) hijo (s). **No es necesario que firme a continuación para recibir comidas gratis o a precio reducido.** Renuncio a mis derechos de confidencialidad por:

La divulgación de información al Coordinador de Evaluación del Distrito para permitirle informar a los padres y / o tutores de los recursos que pueden ser de ayuda para usted y su (s) hijo (s), como el Programa Back Pack Buddy.

Consideración de una exención total o parcial de:

- |                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| a) Libros             | d) Educación de conductor |
| b) Uniformes de banda | e) Transporte             |
| c) Bata de coro       |                           |

El nombre del niño \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

El nombre del niño \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

El nombre del niño \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

El nombre del niño \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Firma del padre / tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_