

Fecha de recepción: _____ **Solicitud de Elegibilidad de Iowa** **FFY 19-20**
Complete una solicitud por hogar. Año escolar 2019-2020

Parte 1. Marque todas las casillas correspondientes: comidas escolares niños en centros de cuidado infantil niños en hogares de cuidado infantil (HP) leche especial (aplican restricciones) Proveedor familiar Escala I (HP) Head Start/Even Start Nombre del proveedor: _____

Parte 2. Elegible para FIP o Asistencia Alimentaria: Ingrese el Número de Caso de FIP o Asistencia Alimentaria para CUALQUIER miembro familiar según se indica en el Aviso de Decisión. NOTA: No se aceptan números de tarjeta de Medicaid, Title XIX y EBT. Salte la parte 5.

Nombre del miembro familiar con Número de Caso _____ **Indique el Número de Caso** - - - - -

Parte 3. Marque si algún niño está sin hogar, es migrante o si se ha escapado del hogar y llame a la escuela de su hijo. Escapó Migrante Sin hogar

Parte 4. Niños inscritos. REQUERIDO PARA TODOS LOS SOLICITANTES.

Indique el nombre de todos los niños inscritos en su hogar. _____

Etnia: H=Hispano o Latino, N=No Hispano o Latino **Raza:** A=Asiático N=Negro o Afro Americano I=Indio Americano o Nativo de Alaska P=Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico B=Blanco

Apellido	Nombre	Segundo Nombre o Inicial	Marque la casilla para niño ADOPTIVO	Fecha de Nac.	Grado	OPCIONAL Escuelas solamente		Nombre de la Escuela/Head Start/ Centro de cuidado infantil/Hogar
						ETNIA	RAZA	
1.			<input type="checkbox"/>					
2.			<input type="checkbox"/>					
3.			<input type="checkbox"/>					
4.			<input type="checkbox"/>					
5.			<input type="checkbox"/>					

Parte 5. Ingreso Bruto Total del Hogar. NO COMPLETE LA PARTE 5 SI INDICÓ UN NÚMERO DE FIP O ASISTENCIA ALIMENTARIA EN LA PARTE 3. Informe el ingreso bruto recibido por CADA miembro familiar una vez en la columna correcta: semanal, cada 2 semanas, dos veces por mes o mensual. El ingreso bruto es el monto ganado antes de los impuestos y de otras deducciones, no el salario neto. Informe todos los demás ingresos mensuales recibidos. Las personas que trabajan por cuenta propia deben ver la hoja al reverso de esta solicitud.

Indique el nombre de todos los que viven en su hogar, incluyendo los niños en la Parte 4. Adjunte otra página si necesita más espacio. Para los niños ADOPTIVOS, incluya solamente el dinero disponible para el uso personal del niño o el ingreso propio del niño.				Ingreso Bruto: Informe el ingreso cada cuánto se le paga al miembro familiar.				Otros Pagos Mensuales o Ingresos recibidos.		
Apellido	Nombre	Edad	Marque si NO hay ingreso	Monto bruto ganado semanalmente	Monto bruto ganado cada 2 semanas	Monto bruto ganado dos veces por mes	Monto bruto ganado mensualmente	Bienestar, apoyo infantil pensión alimenticia, subsidios de adopción	Pensión, jubilación, seguro social, SSI, beneficios 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"/>							

Últimos cuatro dígitos de mi Número de Seguro Social: X XX - X X - _____ No poseo un Número de Seguro Social. Si se completa la Parte 5, el adulto que firma el formulario debe proporcionar los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No poseo un número de Seguro Social". Para obtener más información, consulte la Ley de Declaración de Privacidad en la carta para padres.

Parte 6. Certificación y firma. REQUERIDO PARA TODOS LOS SOLICITANTES.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están informados. Entiendo que recibiré los beneficios de los fondos federales en base a la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si proporciona información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas/leche y puedo ser procesado. Correo electrónico del adulto que completa el formulario _____

Firma del adulto que completa el formulario _____ Nombre en imprenta del adulto que completa el formulario _____ Fecha de la firma _____

Dirección del adulto que completa el formulario _____ Ciudad _____ Cód. Postal _____ Teléfono laboral _____ Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Parte 7. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. PARA USO ADMINISTRATIVO SOLAMENTE.

Factores de conversión de ingresos para ingresos anuales: semanal X 52; dos semanas X 26; dos veces por mes X 24; mensual X 12
 Ingreso familiar: \$ _____ Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Anual Tamaño familiar _____

Solicitud aprobada:	<input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Niño adoptivo (gratuito) <input type="checkbox"/> FIP/Asistencia Alimentaria <input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN REQUERIDA de Head Start <input type="checkbox"/> Sin hogar/Migrante/Escapó (Escuelas solamente) –Se requiere documentación oficial local	CACFP HP SOLAMENTE: <input type="checkbox"/> Área de Escala 1 (Hijos propios Del proveedor) <input type="checkbox"/> Ingreso de Escala 1 (Todos los niños) <input type="checkbox"/> Niño de Escala 1 (Mezcla de Escala 2)
Elegibilidad		
Determinación:	<input type="checkbox"/> Comidas gratuitas <input type="checkbox"/> Comidas a precio reducido <input type="checkbox"/> Leche gratuita	
Solicitud negada:	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Supera los límites de ingreso	

_____ **Determinación de la firma oficial** _____ **Fecha de vigencia** _____