



North Iowa Community School

First consolidated school West of the Mississippi

LINKING STUDENTS WITH SUCCESS

111 Third Avenue NW • Buffalo Center, Iowa 50424
Phone: 641-562-2525 • Fax: 641-562-2921 • www.northiowa.org

Administrative Team:

Cory Myer, Superintendent /Elementary Principal, myer@northiowa.org
Mike Embrock, Middle School/High School Principal, embrock@northiowa.org

Señor Padre o Tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. **North Iowa Community School les ofrece comidas saludables cada día escolar. Costos de Desayuno \$1.00; costos de almuerzo \$1.75 elementary; \$1.85 middle school; \$1.95 high school.** Su(s) hijo(s) pueden calificar para comidas gratuitas o para comidas con precio reducido. **Precio reducido es \$.30 para desayuno, \$.40 para almuerzo.**

1. ¿Necesito completar un formulario para cada niño? Complete la aplicación de Elegibilidad de Iowa para su hogar con todos los niños de la lista. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de completar toda la información requerida. **Devuelva la solicitud completa a: North Iowa Community School, PO Box 510, Buffalo Center, IA 50424**

2. ¿Quién puede obtener comidas gratuitas? Los niños en hogares que obtienen Ayuda Alimentaria o FIP (Programa de Inversión Familiar) y la mayoría de niños adoptivos pueden obtener comidas gratuitas no importa cual sea el ingreso familiar. Los niños inscritos en Head Start pueden obtener comidas gratuitas, no importa cual sea el ingreso. Además, sus niños pueden obtener si su ingreso familiar se encuentra dentro de los límites libres de las Pautas Federales de Ingreso.

3. Un niño adoptivo ¿puede recibir alimentos gratuitos? Si, los niños adoptivos que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de adopciones o corte son elegibles para los alimentos gratuitos. Todos los niños de un hogar es elegible para alimentos gratuitos reciba o no ingresos.

4. ¿Quién puede obtener leche gratuita? Si su escuela participa en el Programa Especial de Leche para medio día en infantes, su hijo en preescolar o guardería puede ser elegible para leche gratuita. Los niños que compran leche extra con una comida o si tienen un recreo de merienda a la tarde no son elegibles para recibir leche gratuita.

5. ¿Los niños sin hogar, fugitivos e inmigrantes, ¿pueden recibir comida gratuita? Si. Por favor llame a **[North Iowa Community School, Cory Myer** para ver si su(s) hijo(s) califican, si no ha sido informado sobre la obtención de comidas gratuitas

6. ¿Quién puede obtener comidas de precio reducido? Su(s) hijo(s) puede recibir comidas de bajo costo si su ingreso familiar se encuentra dentro de los límites de precio reducido en la Tabla de Ingreso Federal en la parte trasera de esta página.

7. Actualmente recibo beneficios de Ayuda Alimentaria o Programa de Inversión Familiar (FIP); ¿necesito completar una solicitud? Tal vez. Los registros escolares de inscripción han sido comparados con los registros del Departamento de Servicios Humanos para identificar a niños que son miembros de hogares y que reciben beneficios de Ayuda Alimentaria o de FIP. Si su(s) hijo(s) se identifican durante este proceso serán directamente certificados como elegibles para recibir beneficios de comidas gratuitas y usted será notificado de dicha elegibilidad por la escuela. Los padres no necesitan hacer nada más por sus hijos para recibir beneficios de comidas gratuitas.

Algunos niños elegibles pueden no ser identificados en este proceso. Los niños bajo ingresos familiares que no fueron identificados deben recibir una carta de certificación directa de DHS. Los niños de estas cartas recibirán beneficios de comidas gratuitas sólo si los padres llevan la carta a la escuela. En la carta se incluyen instrucciones para los padres.

Si usted recibe notificación DE LA ESCUELA O DEL DHS informando que sólo ALGUNOS de sus niños son elegibles por certificación directa, **CONTÁCTESE CON LA ESCUELA.** Tal vez sea necesario completar una solicitud para el niño que no ha sido identificado o proveer información adicional a la escuela.

8. ¿Qué sucede si mi ingreso no es siempre el mismo? Escriba el monto que obtiene normalmente. Por ej., si normalmente recibe \$ 1000 cada mes, pero el mes pasado perdió algunos trabajos y sólo recibió \$ 900, escriba que usted recibe \$ 1000 por mes. Si usualmente recibe horas extras, inclúyalo, pero no incluya horas extras si las recibe sólo algunas veces.

9. La información que yo de, ¿será revisada? Si, podemos pedirle que envíe pruebas por escrito. No se requiere que entregue pruebas con su solicitud.

10. Si no califico ahora, ¿puedo pedir la solicitud más tarde? Si. Puede solicitarla en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su hogar aumenta, su ingreso disminuye, o si comienza a obtener Ayuda Alimentaria, FIP, u otros beneficios. Si pierde su trabajo, su hijo puede ser apto para obtener comidas gratuitas o de precio reducido.

11. ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela? Debe hablar con los directivos de la escuela. También puede pedir una audiencia llamando o escribiendo al: **Rande Giesking 515-886-2444.**

12. ¿Puedo pedir una solicitud si alguien de mi hogar no es ciudadano de USA? Si. Ni usted ni su(s) hijo(s) tienen que ser ciudadanos de USA para calificar para comidas gratuitas o de precio reducido.

13. ¿A quiénes debo incluir como miembros de mi hogar? Debe incluir a todas las personas que viven en su hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes, o amigos), que compartan ingresos y gastos. Debe incluirse a usted mismo y a todos los niños que viven con usted. Los hogares con niños adoptivos y no-adoptivos pueden elegir incluir al niño adoptivo como miembro del hogar, así como a todos los ingresos personales ganados por un niños adoptivo.

14. Recibo WIC ¿Mi(s) hijo(s) pueden recibir comidas gratuitas? Los niños de hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para comidas gratuitas o de precio reducido. Por favor complete una solicitud.

15. Estamos en las fuerzas armadas; ¿incluimos la subvención de vivienda como ingreso? Si su hogar es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militar, no incluya su subvención de vivienda como ingreso. Todas las otras subvenciones deben incluirse en su ingreso bruto. Actualmente no hay Proyectos de Vivienda Militar en Iowa. Para una lista de Proyectos de Viviendas Militares por estado visite el siguiente sitio web: <http://www.acq.osd.mil/housing/mhpi.htm>.

16. ¿Para qué otros beneficios podría ser elegible? Su hijo podría ser elegible para otros beneficios, incluidos *hawk-i* (seguro de salud para niños) o para una exención de cuotas escolares. Lea la información en la parte de atrás de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa para información sobre *hawk-i*. Se encuentra disponible un formulario de exención de cuotas escolares de su escuela.

17. Los niños con discapacidades, ¿pueden recibir sustituciones de comidas? Si un niño tiene una discapacidad, determinado por un médico licenciado, y dicha discapacidad no le permite al niño comer la comida regular de la escuela, la escuela hará sustituciones prescriptas por un médico licenciado. Si se necesita sustitución, no habrá costo extra por la comida. Por favor note, sin embargo, que la escuela no está obligada a realizar sustituciones por alergia a comidas, a menos que ésta se refiera a una discapacidad. Por favor, llame a la escuela para más información.

18. Las guías de Ingreso serán efectivas el 1ro de Julio, 2011

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **641-562-2525**

Tamaño del Hogar	Tabla de Ingreso Federal				
	Anual	Mensual	2 veces por Mes	Cada 2 Semanas	Semanal
1	20,147	1,679	840	775	388
2	27,214	2,268	1,134	1,047	524
3	34,281	2,857	1,429	1,319	660
4	41,348	3,446	1,723	1,591	796
5	48,415	4,035	2,018	1,863	932
6	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
7	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
8	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Para cada persona Adicional	7,067	589	295	272	136

Ingresos Familiares: Sus niños pueden calificar para comidas gratuitas o de precio reducido si su ingreso familiar entra en los límites de esta tabla.

Acta de Declaración Privada: Lo siguiente explica el modo en que usaremos la información que usted provea.

La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o de precios reducidos. Debe incluir el número de seguro social del miembro familiar adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social no son requeridos cuando usted aplica a beneficio de un niño adoptivo o si anota un número de caso del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Programa o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas de Indios (FDPIR) o algún otro dato FDPIR que identifique a su niño o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la aplicación no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o de precios reducidos y para la administración y refuerzos de programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir la información de elegibilidad con los programas de educación, salud, nutrición para ayudarlos a evaluar, fundar, o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas, y oficiales de cumplimiento de ley para ayudarlos a encontrar violaciones en las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Lo siguiente explica qué debe hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "De acuerdo a la ley Federal y a la política del Departamento de Agricultura de USA., esta institución prohíbe la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Para hacer una reclamación por discriminación, escriba a *USDA* (por sus siglas en inglés), Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (866) 632-9992 (voice). Los individuos con deficiencias auditivas o de habla pueden contactarse con *USDA* a través del Servicio Federal Relay (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español). *USDA* es un proveedor de empleo e igualdad de oportunidades".

Instrucciones para completar la Solicitud de Elegibilidad de Iowa
Complete ambos lados de la solicitud para cada hogar.

Parte 1. Todos los aplicantes deben completar esta parte. **Esta solicitud debe ser utilizada para aplicar a beneficios en comidas escolares o programas de leche, en los centros u hogares de cuidado infantil Marque todos los espacios que se apliquen a su familia. Puede hacer copias de una solicitud completada para cada programa en que el niño**

NIÑO ADOPTIVO EN HOGARES, seguir estas instrucciones. Un niño adoptivo es un niño que está viviendo en su hogar pero que sigue bajo responsabilidad legal de la agencia de bienestar o de la corte. Un niño adoptivo puede ser incluido como un miembro del hogar.

Parte 2. Escriba el nombre, fecha de nacimiento, grado (si se aplica), nombre de la escuela/Head Start/ centro de cuidado infantil correspondiente. Marque la casilla "niño adoptivo". Provea información étnica y racial si usted lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil tomarán la determinación del estatus étnico o racial si usted no completa esta sección.

Parte 3. Complete esta sección sólo si el niño adoptivo recibe dinero para uso personal o tiene otro ingreso personal regular. Si el niño adoptivo no tiene ingreso alguno, tilde la casilla que indica "no ingreso" NO incluya el estipendio recibido por la familia del niño adoptivo para proveer cuidado al niño adoptivo.

Parte 4. Lea la certificación y complete todos los espacios de esta sección.

FIP o MIEMBRO DE ASISTENCIA ALIMENTARIA DE HOGARES, incluido el niño en Head Start o Even Star, siga las siguientes instrucciones.

Parte 2. Si algún miembro de la familia recibe FIP o Asistencia Alimentaria escriba el nombre de la persona y el **Número de Caso** de FIP o Asistencia Alimentaria en el área correspondiente. Escriba el nombre, fecha de nacimiento, grado (si se aplica), nombre de la escuela/Head Start/ centro de cuidado infantil correspondiente para cada niño de su hogar Escriba el número FIP o el número de caso de Asistencia Alimentaria por cada miembro del hogar. Utilice los Números de Caso del Hogar provistos en la Notificación de Decisión DHS La elegibilidad basada en Head Start o Even Start está disponible sólo si su hijo está inscripto en Head Start y si se provee la documentación de la agencia de Head Start. **NOTA: No se aceptan números de tarjetas de Medicaid, Title XIX, FIP o números de tarjeta de EBT.** Provea información étnica y racial si usted lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil tomarán la determinación del estatus étnico o racial si usted no completa esta sección.

Parte 3. Salte esta sección

Parte 4. Lea la certificación y complete todos los espacios de esta sección.

PARA TODOS LOS OTROS INGRESOS DE HOGARES, incluidos hogares WIC, siga estas instrucciones para los informes de ingreso.

Parte 2. Escriba el nombre, fecha de nacimiento, grado (si se aplica), nombre de la escuela/Head Start/ centro de cuidado infantil/ hogar correspondiente para cada niño de su hogar Provea información étnica y racial si usted lo desea, pero la escuela/Head Start/cuidado infantil determinarán el estatus étnico o racial de cada niño si ud. no completa esta sección.

Parte 3. Siga estas instrucciones para informar un ingreso total familiar del mes pasado.

Nombre: Escriba el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar, pariente o no (como abuelos, otros parientes, o amigos); inclúyase a usted mismo y a todos los niños que viven con usted. El hogar decide si incluir al niño adoptivo en la aplicación del hogar con niños no-adoptivos.

Adjunte otra hoja de papel si es necesario

Edad: Escriba la edad de cada miembro familiar.

Marque si No hay Ingreso: Marque con un tilde el espacio correspondiente si el miembro familiar **no recibe** ingreso

Ingreso bruto del mes pasado y cómo lo recibió: Informe el monto de ingreso recibido en la columna apropiada de

Ingresos Brutos (semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes, o mensual). Escriba el **ingreso bruto** de cada

persona ganado en el trabajo Esto no es lo mismo que el ingreso neto. **El ingreso bruto es el monto ganado sin impuestos ni deducciones.** El monto debe estar escrito en su recibo de sueldo, o su jefe puede decírselo. Si algún miembro familiar para el cual el ingreso del mes pasado fue mayor o menor de lo usual, escriba el promedio esperado de ingreso de esa persona. Si un hogar incluye al niño adoptivo, deben informar cualquier ingreso personal recibido por el niño en la aplicación de niños adoptivos para padres del hogar.

Otros Pagos Mensuales o Ingresos: Escriba el monto de lo que cada persona recibió el mes pasado por bienestar, apoyo infantil, pensión alimenticia, subsidios de adopción, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), y beneficios de Veterano (beneficios VA) . En la columna de **Todos los Otros Ingresos** incluya la Compensación del Trabajador, desempleo, beneficios de paro; contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, retiro de efectivo de ahorros, inversiones o fideicomisos, intereses y **CUALQUIER OTRO INGRESO.** El dinero se informa si es regularmente recibido. Use la Hoja de Ingreso Auto-Empleo en la parte trasera de esta solicitud para calcular el ingreso neto para negocios propios, granja, o ingreso de alquiler e infórmelo en la columna de **Todos los Otros Ingresos. No informe:** Becas, beneficios educacionales, pagos de cantidad global, pago por combate, Pago de Incentivo de Extensión de Despliegue (DEIP), ingresos incidentales de los niños por actividades ocasionales como por ejemplo trabajar de niñera, apalear nieve, o cortar césped. Si se encuentra en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar no incluya esta subvención de vivienda.

Número de Seguro Social: Si la solicitud se hace en base al ingreso, el adulto firmante del formulario debe escribir también el número de 4 dígitos de su Seguro Social o marcar la casilla de "No poseo un número de Seguro Social" . Si usted no provee su número de Seguro Social o no marca la casilla, su solicitud no puede ser procesada.

Parte 4. Lea la certificación y complete todos los espacios de esta sección.

Continúe llamar luego



Solicitud de Elegibilidad de Iowa

FFY 11-12

Complete una solicitud por cada miembro del hogar Año Escolar 2011-2012

Parte 1. Marque los espacios correspondientes.	<input type="checkbox"/> Comidas escolares <input type="checkbox"/> Leche especial (con restricciones)	<input type="checkbox"/> niño en centro de cuidado <input type="checkbox"/> Tier I proveedor familiar (HP) <input type="checkbox"/> Head Start/Even Start	<input type="checkbox"/> Niños en hogares de cuidado infantil (HP) Nombre del Proveedor
---	---	---	--

Parte 2. Niños inscritos. NECESARIO PARA TODOS LOS APLICANTES Si se aplica, escriba Número de Caso de FIP Asis. Alim.

Escriba el nombre de todos los niños que dependen de su ingreso familiar. Las identidades raciales y étnicas de los niños es opcional. Provea una o más si lo prefiere (ver código).

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

Apellido	Nombre	Segundo Nombre O Inicial	Marque Espacio para niño ADOPTIV O	Fecha de Nacimiento	Grado	OPCIONAL		Nombre de 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"/>					

Elegible para FIP o Asistencia Alimentaria: Escriba Número de Caso de FIP o Asistencia Alimentaria para TODOS los miembros familiares como aparecen en el Aviso de Decisión. NOTA: No se aceptan números de tarjetas de Medicaid, Title XIX, FIP o números de tarjeta de EBT.

Nombre del Miembro familiar con Número de Caso _____ Escriba Número de Caso.._____

Parte 3 Ingreso Bruto Total del Hogar NO COMPLETE ESTA PARTE SI ESCRIBIÓ UN Nº DE CASO DE ASISTENCIA ALIMENTARIA O FIP EN LA PARTE 2. Informe el ingreso bruto recibido por CADA miembro del hogar en la columna correspondiente Semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensualmente El ingreso bruto es el monto ganado sin impuestos ni deducciones, no el ingreso neto. Informe todos los otros ingresos recibidos en el mes. Personas autónomas, vea la hoja de trabajo en el reverso.

Escriba los nombre de <u>cada persona</u> que vive en su hogar, incluidos los niños listados en la Parte 2. Adjunte otra hoja si necesita más espacio. Para niños ADOPTIVO, incluya solamente el dinero disponible para uso personal del niño o ingreso propio del niño					Ingreso Bruto : Informe ingreso cada cuánto se le paga al miembro familiar.				Otros Pagos Mensuales o Ingresos: Ingreso Recibido.		
Last Name	First Name	Age	Check if NO Income	Monto Groso ganado semanalme nte	Monto Groso ganado cada 2 semanas	Monto Groso ganado dos veces al mes	Monto Groso ganado mensualme nte	Subsidios de apoyo alimentario Pensión alimentaria o de adopción	Pensión jubilatoria social Seguridad SSI, beneficios VA	Otros 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 poseo un número de Seguro Social.
Si la Parte 3 está completa, el adulto firmante del formulario debe escribir los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla de "No poseo un número de Seguro Social" **Para mayor información consulte el Acta de Declaración Privada en la carta a los padres.**

Parte 4. Certificación y Firma. NECESARIO PARA TODOS LOS APLICANTES

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están informados Comprendo que recibiré los beneficios de los fondos Federales basados en la información que doy Comprendo que los oficiales pueden verificar (controlar) la información. Comprendo que si doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder beneficios alimentarios/leche, y puedo ser procesado

Firma del Adulto que completa la Solicitud _____ Nombre del Adulto que completa la Solicitud _____ Fecha de Firma _____

Dirección del Adulto que completa la Solicitud _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Personal _____ 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) Eligibility <input type="checkbox"/> Temporary Approval (zero income) expires in 45 days on (Mo.) _____ (Day) _____ 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	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)
--	---

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

Nombre del Adulto que completa la Solicitud _____

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

Si su niño no tiene seguro de salud, estará interesado en saber que muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener seguros de salud gratuitos o de bajo costo para sus niños.

La Ley del Estado requiere que las escuelas compartan la información de elegibilidad de comidas gratuitas o de precio reducido con Medicaid y *hawk-i*, el programa de seguro de salud para niños estatal. Específicamente, les daremos el nombre de su niño y su nombre y dirección. Medicaid y *hawk-i* sólo pueden usar la información para identificar a niños que puedan ser elegibles para seguro de salud gratuito o de bajo costo y para contactarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratis o de precio reducido para ningún otro propósito

No es necesario que usted nos permita compartir la información de la solicitud de sus niños para comidas gratis o de precio reducido con Medicaid o el programa *hawk-i*. No afectará la elegibilidad de sus niños para comidas gratis o de precio reducido. Si usted NO desea que la información sea compartida con Medicaid o *hawk-i*, debe avisarnos completando la información que aparece más abajo cuando complete la solicitud de elegibilidad. Si desea más información, puede llamar a *hawk-i* al 1-800-257-8563.

NO deseo que los oficiales del hogar/escuela espónsor/centro de cuidado infantil o Head Start comparta la información de mi solicitud de comida gratis o de precio reducido con Medicaid o *hawk-i*. Aparte, si usted ya está recibiendo Medicaid o *hawk-i*, por favor firme abajo Esto evitará otro contacto

Nombre del Niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
Nombre del Niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
Nombre del Niño: _____ Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____

Nombre del Padre/Tutor (Impreso) _____ Firma _____ Fecha _____

Hoja de Trabajo de Ingreso Autónomo: Esta hoja de trabajo lo ayudará a calcular el monto para informar si usted se encuentra en agricultura, es autónomo o tiene ingresos de otras fuentes.

personas que se encuentran en agricultura o que operan otro tipo de negocio privado pueden experimentar variaciones en el flujo de efectivo o ingreso mensual a través del año. Estas personas pueden usar los registros de impuestos del año calendario anterior como base para aplicar para las comidas gratis o de precio reducido. El ingreso a informar es el ingreso derivado de la operación con menos costos sufridos en la generación de ese ingreso. Las deducciones de gastos personales como gastos médicos y otras deducciones de tipo no-comercial no se permiten en la reducción de ingreso bruto comercial.

Si usted posee ingresos adicionales de otros tipos de empleos, éstos deben ser tratados como separados y apartados del ingreso generado por su operación comercial. USDA **NO** reconoce los ingresos de la misma manera que IRS. USDA no permite una pérdida de una operación comercial para contrarrestar ganancias de sueldos o salarios. A pesar de que su comercio puede haber sufrido una pérdida neta operacional, por motivos de esta solicitud, no es posible tener un ingreso negativo. **El menor ingreso autónomo posible es cero (sin ingreso)** Por ejemplo, si usted hizo una operación comercial a una pérdida neta pero tuvo otro trabajo en el cual recibió un sueldo, su ingreso para esta solicitud de comidas gratis o de precio reducido sería el ingreso de su sueldo solamente. La pérdida por el comercio no puede deducirse del monto del ingreso ganado en otro trabajo.

Una pérdida de un año anterior por agricultura u otra operación comercial privada no puede utilizarse para reducir el ingreso neto anual actual para determinar la elegibilidad de gratis o precio reducido. Los sueldos pagados a un esposo u otro miembro familiar en la operación de una granja o comercio privado deben aparecer en los ingresos del hogar en la Parte 3 de esta solicitud.

El menor ingreso posible es cero (sin ingreso).

Los ingresos de operaciones comerciales privadas deben sacarse de Declaración de Impuestos de Ingreso Individual – Formulario 1040 más reciente. Utilice las líneas del 1040 que están identificadas

Línea 12 – Ingreso comercial o (pérdida) \$ _____
Línea 13 – Impuesto de Ganancias Distribuibles o (pérdida) \$ _____
Línea 14 – Otras Ganancias o (pérdida) \$ _____
Línea 17 - Alquiler propiedad inmobiliaria, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc \$ _____
Línea 18 – Ingreso por cultivo o (pérdida) \$ _____

Total \$ _____
Total ÷12* = _____

Ingrese el monto en la columna de “Todos los ingresos del mes pasado” en la Parte 3 en el frente de la Solicitud de Elegibilidad de Iowa. **El menor ingreso posible es cero (sin ingreso).**