# TENEMOS QUE VERIFICAR SU SOLICITUD

*Tiene que enviarnos la información que necesitamos, o comunicarse con* [name] no más tarde del [date]. Si no, sus hijos dejarán de recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Estamos en proceso de verificar su solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos. Las reglas federales exigen que lo hagamos para asegurarnos de que solo los niños elegibles obtengan las comidas gratuitas o a precios reducidos. Tiene que enviarnos información para comprobar que **[name(s) of child(ren)]** reúne(n) los requisitos.

De ser posible, envíe copias, no documentos originales. Si envía los documentos originales, se los devolverán únicamente si usted así lo pide.

1. SI RECIBÍA BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS **[State SNAP], [State TANF]** o **[FDPIR]** CUANDO SOLICITÓ LAS COMIDAS GRATUITAS O A PRECIOS REDUCIDOS, O si LOS HA RECIBIDO EN CUALQUIER MOMENTO DESDE ENTONCES, ENVÍENOS UNA COPIA DE UNO DE ESTOS DOCUMENTOS:

* Un Aviso de certificación (Certification Notice) de los programas **[State SNAP],** **[State TANF]** o **[FDPIR]** que muestre las fechas de certificación.
* Una carta de los programas **[State SNAP],** **[State TANF]** o **[FDPIR]** que muestre las fechas de certificación.
* No nos envíe su tarjeta de beneficios EBT.

2. SI RECIBIÓ ESA CARTA EN NOMBRE DE UN NIÑO DESAMPARADO, MIGRANTE O ENFUGA, COMUNÍQUESE CON **[school, homeless liaison, or migrant coordinator]** PARA OBTENER AYUDA.

3. SI EL NIÑO ES UN HIJO DE CRIANZA:   
Proporcione documentación que verifique que el niño está bajo la tutela legal de la agencia o el tribunal, o bien provea el nombre y la información de contacto de una persona en la agencia o el tribunal que pueda verificar que el niño es un hijo de crianza.

4. SI NINGÚN MIEMBRO DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE beneficios de los programas **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FDPIR]**:

Envíe esta página con documentos que muestren el monto de dinero que su unidad familiar recibe de cada fuente de ingresos. Los documentos que envíe tienen que mostrar el **nombre** de la persona que recibió el ingreso, la **fecha** en que se recibió, **cuánto** se recibió y **qué tan frecuentemente** se recibió.Envíe la información a: **[address]**

Entre los documentos aceptables se incluyen:

*EMPLEOS:*Talonario de nómina o sobre de paga que muestre el monto y la frecuencia de paga; una carta del empleador que diga el sueldo antes de impuestos y la frecuencia con que le pagan; o, si trabaja por cuenta propia, documentos del negocio o la granja, como un libro mayor o registros fiscales.

Seguro Social, pensiones o jubilación:Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, estado de cuenta de los beneficios recibidos o aviso de concesión de una pensión.

*DESEMPLEO, DISCAPACIDAD O COMPENSACIÓN A TRABAJADORES:* Aviso de elegibilidad de la oficina estatal de seguridad de empleo, talonario de cheque o carta de la oficina de compensación a trabajadores.

PAGOS de Beneficencia Pública: Carta de beneficios de la oficina del programa **[State TANF]**.

manutención de menores o pensión alimenticia: Orden de un tribunal, acuerdo o copias de los cheques recibidos.

*otros ingresos (como ingresos de inmuebles de alquiler):*Información que muestre el monto de ingresos recibidos, la frecuencia y la fecha.

No tiene ingresos: Una explicación breve de cómo provee alimentos, ropa y vivienda para su unidad familiar y cuándo espera tener algún ingreso.

*Iniciativa de viviendas para militares military housing privatization initiative:* Carta o contrato de alquiler que muestre que su vivienda es parte de la iniciativa **Military Housing Privatization Initiative**.

*período aceptable de la documentación de los ingresos:* Presente prueba de los ingresos de un mes. Puede usar el mes previo a la solicitud, el mes de la solicitud o cualquier otro mes después de esa fecha.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a **[name]** al **[phone number]**. La llamada es gratuita. **[Toll free or reverse charge explanation]**. **También puede comunicarse con nosotros por correo electrónico a la dirección [e-mail address].**

Atentamente,

**[signature]**

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell le requiere la información para comprobar que sus niños tienen derecho a comidas gratis o a precio reducido. Si no facilita la información o la información facilitada es incompleta, puede que sus niños dejen de recibir comidas gratis o a precio reducido. De acuerdo con el artículo 7 de la Ley de Privacidad, no es obligatorio facilitar su número de la Seguridad Social. No necesitamos ni pedimos ningún número de la Seguridad Social que pueda figurar en los documentos que remita.

**Declaración de no discriminación*:***De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, religión, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevado a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de signos americana, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio

federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario rellenado o carta al USDA por:

(1) **Correo:** U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) **Fax:** (202) 690-7442; o

(3) **Correo electrónico:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.