**EFFECTIVE 7-1-2018**

Free and Reduced Price School Meals Application and Verification Forms- SPANISH

##### School Year 2018-2019

##### Instructions for School Food Authorities (SFAs)

This packet contains:

**Required** information that *must* be provided to households:

* Notice of Direct Certification Benefits (based on data received from Direct Certification/Verification System)
* Letter to Households
* Free and Reduced Price School Meals Application
* Notice to Households of Approval/Denial of Benefits1 (notification is required if household is denied)

**Required** information for households selected for verification of eligibility information materials:

* Notification of Selection for Verification of Eligibility
* Letter of Verification Results

**Optional** application-related materials that *may* be provided to households:

* Sharing Information with Medicaid/SCHIP
* Sharing Information with Other Programs
* Notice to Households of Approval/Denial of Benefits1 (notification is optional if household is approved)

The pages are designed to be printed on 8½” by 11” paper. Some pages may be printed front and back. You will need to identify the benefits that are offered in your school, such as afterschool snacks. **[Bold bracketed fields]** indicate where you need to insert School Food Authority (SFA) specific information. For example, you must include your SFA’s no-charge telephone number for verification assistance on the verification materials. This prototype application package includes information regarding the exclusion of housing allowance for those in the Military Housing Privatization Initiative. If this is not pertinent to your SFA, please modify as appropriate.

**All application packages with or without additional changes, must be submitted to your State agency for approval. If you have questions, contact:**

**NC Department of Public Instruction**

**School Nutrition Services**

**301 N. Wilmington Street**

**6324 Mail Services Center**

**Raleigh, NC 27699-6324**

**(919) 807-3506**

1All households must be notified of their eligibility status. Households with children who are denied benefits must be given written notification of the denial. The notification must advise the household of the reason for the denial of benefits, the right to appeal, instruction on how to appeal, and a statement that the family may re-apply for free and reduced price meal benefits at any time during the school year. Households with children who are approved for free or reduced price benefits may be notified in writing or orally. Oral notification must be documented.

# AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA

**[School Food Authority Name**

**Street Address**

**City, State, Zip - or Letterhead]**

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Nos complace informarle que los niños indicados a continuación recibirán almuerzos, desayunos y meriendas gratuitos en la escuela porque reciben beneficios de los programas de Servicios de Comida y Nutrición (FNS), anteriormente concocido como estampillas de comida o Work First Cash Assistance (anteriormente Temporary Assistance to Needy Families or TANF). **No tienes que rellenar una solicitud de comidas gratis o a precio reducido para los niños indicados a continuación:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño | Esculea |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SI HAY OTROS NIÑOS QUE ESTÁN ASISTIENDO LA ESCUELA QUE NO FIGURAN EN LA LISTA ANTERIOR, COMUNIÍQUESE CON LA ESCUELLA INMEDIATAMENTE AL NÚMERO ABAJO PARA ASEGURAR QUE ESTOS NIÑOS RECIBAN COMIDAS GRATUITAS.**

Si hay otros niños en su unidad familiar que no figuran en la lista anterior y que están matriculados en **[Insert SFA Name]** escuelas, favor de comunicarse con la oficina de Nutrición Escolar al **[Insert SFA Phone Number]** porque los niños podrián ser eligibles para recibir comidas gratuitas.

Los beneficios de comidas gratuitas empezará al recibir esta carta, a menos que usted **NO QUIERA** que sus niños no reciban los beneificos de comidas gratuitos.. Indica en el espacio abajo si **NO** quiere que sus niños reciban los beneificos de comidas gratuitas y mandar esta carta por correo a:

 School Nutrition Services

 **[Mailing Address]**

 **[City, State, Zip]**

 No quiero que mis niños reciban los beneficios de comidas gratuitas

Además se puede llamar a la oficina de Nutrición Escolara al **[Insert SFA Phone Number]** para notificar a la escuela que no quiere que los niños reciban benificios de comidas gratuitas.

Firma de Padre/Madre/Tutor:

***Mensaje Importante para los Padres:***  La mayoría de estudiantes que califican para el programa de comida gratuita también califican para uno de los programas de aseguranza médica de Carolina del Norte para niños, Health Check (Medicaid for Children) o NC Health Choice (CHIP). Para más información y para saber como solicitor los beneficios de aseguranza medica para sus niño(s), visita https://epass.nc.gov. Además se puede solicitor los beneificos en persona en el departamento de servicios sociales local.

Sincerely,

**[Name of School Nutrition Administrator]**

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: 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; or (3)  email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

**PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DE LAS COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO**

Estimado/a padre/madre o tutor/a:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. **[Name of School/School District]** ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta **[$]** y el almuerzo **[$]**. **Sus niños podrían tener derecho a solicitar comidas gratis o a precio reducido.** El precio reducido es **[$]** el desayuno y **[$]** la comida. Este paquete incluye una solicitud para comidas gratis o a precio reducido, e instrucciones detalladas. A continuación, algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarle con el proceso de solicitud.

1. ¿Quién puede recibir comidas gratis O A PRECIO REDUCIDO?
	* Todos los niños de familias que reciben prestaciones de los **Servicios de Comida y Nutrición (FNS, anteriormente conocida como Estampillas de Comida**)**, the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR-** **Programa de distribución de alimentos en reservas indias**, o **Work First Cash Assistance (anteriormente concoido como asistencia temporal para familias necesitadas or TANF)**, tienen derecho a comida gratis.
	* Los niños en régimen de acogida bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o tribunal tienen derecho a recibir comidas gratis.
	* Los niños que participan en el programa Head Start de su colegio tienen derecho a recibir comidas gratis.
	* Los niños que encajan en la definición de personas sin hogar, fugados o emigrantes tienen derecho a recibir comidas gratis.
	* Los niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares están dentro de los límites de Federal Income Eligibility Guidelines (Guía federal de selección por ingresos). Sus hijos pueden tener derecho a comidas gratis o a precio reducido si sus ingresos familiares están dentro o por debajo de los límites de esta lista.

|  |
| --- |
| **LISTA FEDERAL DE SELECCIÓN POR INGRESOS**Efectivo del año escolar July 1, 2018-June 30, 2019 |
| Tamaño de la familia | Anuales | Mensuales | Dos veces per mes | Cada dos semanas | Semanales |
| 1 | **22,459** | **1,872** | **936** | **864** | **432** |
| 2 | **30,451** | **2,538** | **1,269** | **1,172** | **586** |
| 3 | **38,443** | **3,204** | **1,602** | **1,479** | **740** |
| 4 | **46,435** | **3,870** | **1,935** | **1,786** | **893** |
| 5 | **54,427** | **4,536** | **2,268** | **2,094** | **1,047** |
| 6 | **62,419** | **5,202** | **2,601** | **2,401** | **1,201** |
| 7 | **70,411** | **5,868** | **2,934** | **2,709** | **1,355** |
| 8 | **78,403** | **6,534** | **3,267** | **3,016** | **1,508** |
| Cada persona adicional:  | **7,992** | **666** | **333** | **308** | **154** |

1. ¿CÓMO SÉ SI MIS NIÑOS ENCAJAN EN LA DEFINICIÓN DE sin hogar, EMIGRANTE O FUGADO? ¿Los miembros de su familia no tienen una dirección permanente? ¿Se alojan todos en un refugio, hotel u otro alojamiento temporal? ¿Su familia se traslada de forma estacional? ¿Alguno de los niños que viven con usted decidió dejar su familia anterior? Si cree que los niños de su familia encajan en estas descripciones y no le han informado de que recibirán comidas gratis, llame o envíe un correo electrónico a **[school, homeless liaison or migrant coordinator].**
2. ¿Es necesario rellenar una solicitud por cada niño? No. *Rellene* una solicitud para comidas escolares gratis o a precio reducido para todos los estudiantes de su familia.No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de incluir toda la información requerida. Devuelva la solicitud rellenada a: **[name, address, phone number]**.
3. ¿DEBO RELLENAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICIENDO QUE HAN APROBADO QUE MIS NIÑOS RECIBAN COMIDAS GRATIS? No, pero lea la carta que ha recibido y siga las instrucciones. Si faltara algún niño de su hogar en la notificación de selección, póngase en contacto con **[name, address, phone number, e-mail]**  inmediatamente.
4. ¿PUEDO REALIZAR LA SOLICITUD EN LÍNEA? Sí. Le animamos a rellenar una solicitud en línea en lugar de una en papel si puede. La solicitud en línea tiene los mismos requisitos y le pedirá la misma información que la de papel. Visite **[website]** para empezar o PARA saber más sobre el proceso de solicitud en línea. Póngase en contacto con **[name, address, phone number, e-mail] si tiene alguna pregunta sobre la solicitud en línea.**
5. LA SOLICITUD DE MI NIÑO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE RELLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su niño solo es válida para ese año escolar y los primeros días de este año escolar hasta **[date]**. Debe enviar una nueva solicitud, a menos que el colegio le haya dicho que su niño tiene derecho este nuevo año escolar.
6. PARTIIPO EN WIC. ¿PUEDEN MIS NIÑOS RECIBIR COMIDAS GRATIS? Los niños de familias que participan en WIC pueden recibir comidas gratis o a precio reducido. Envíe una solicitud.
7. ¿Se comprobará la información que proporcione? Sí. También podemos pedirle que envíe prueba escrita de los ingresos familiares que ha declarado.
8. Si ahora no cumplo los requisitos de selección, ¿puedo volver a enviar la solicitud más adelante? Sí, puede enviar la solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se quede sin empleo pueden tener derecho entonces a recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares son inferiores al límite de ingresos.
9. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión del colegio sobre mi solicitud? Debe hablar con los funcionarios del colegio. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **[name, address, phone number, e-mail]**.
10. ¿Puedo enviar la solicitud aunque alguien de mi familia no sea ciudadano estadounidense? Sí. Usted, sus niños u otros miembros de la familia no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para solicitar comidas gratis o a precio reducido.
11. ¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre iguales? Indique la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente recibe 1000 $ al mes, pero no trabajó unos días el mes pasado y solo recibió 900 $, indique que recibe 1000 $ por mes. Si normalmente hace horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo las hace de manera esporádica. Si ha perdido un trabajo o han reducido sus horas o salario, indique sus ingresos actuales.
12. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA NO TIENE INGRESOS QUE DECLARAR? Los miembros de la familia pueden no recibir algunos de los tipos de ingresos que pedimos que declare en la solicitud, o puede que no reciban ingreso alguno. Cuando esto suceda, escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si un campo de ingresos queda vacío o en blanco, también contará como cero. Fíjese bien cuando deje campos de ingresos en blanco porque supondremos que lo ha hecho con conocimiento de causa.
13. Estamos en el ejército. ¿TENEMOS QUE DECLARAR NUESTROS INGRESOS DE OTR FORMA? Su salario básico y bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe prestaciones de valor en efectivo por vivir fuera de la base, alimentación o ropa, también se debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de privatización de la vivienda militar), no incluya el subsidio para vivienda como ingresos. Cualquier pago de combate adicional resultante por despliegue también se excluye de los ingresos.
14. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA? Enumere a los miembros adicionales de la familia en una hoja de papel separada y adjúntela en su solicitud. Póngase en contacto con **[name, address, phone number, e-mail] para recibir una segunda solicitud.**
15. Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas que podamos solicitar? Para averiguar cómo solicitar **Food and Nutrition Services (FNS, anteriormente conocido como Estampillas de Comida)** u otras prestaciones de ayuda, póngase en contacto con su oficina local de ayuda o llame al **The Careline at 1-800-662-7030**.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **[phone number]**.

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.

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: (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; or (3)  correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

 Application

See File:

18-19\_ncf&r-app.doc

LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ MEDICAID/SCHIP

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precios reducidos, tal vez puedan recibir seguro médico de bajo costo a través de Medicaid o el programa estatal de seguro médico para niños State Children’s Health Insurance Program (conocido como SCHIP). Los niños que tienen seguro médico tienen mayores probabilidades de obtener cuidado médico regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Como el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, *la ley nos permite informar a Medicare y SCHIP que sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos,* ***a menos que usted nos diga que no lo hagamos.*** Medicaid y SCHIP usan la información únicamente para identificar a los niños que tal vez reúnan los requisitos para participar en esos programas. Los funcionarios del programa se podrían comunicar con usted para inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos no inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro médico.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o SCHIP, llene el formulario a continuación y envíelo. (Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.)

* **¡No! NO** deseo que se comparta la información de mi Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con los programas Medicaid o State Children’s Health Insurance Program.

Si marcó que no, llene lo siguiente para asegurarse de que NO se comparta la información sobre los siguientes niños:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[phone]** o enviar un mensaje electrónico a **[e-mail address].**

Envíe este formulario a: **[address]** a más tardar el **[date].**

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: (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; or (3)  correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

# LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON OTROS PROGRAMS

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, se podría compartir la información que usted proporcionó en su Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con otros programas para los que sus hijos tal vez califiquen. **Para los programas siguientes, tenemos que obtener su permiso para compartir la información. Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.**

* ¡No! **NO DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con ningún otro programa.
* ¡Sí! **DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school].**
* ¡Sí! **DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school].**
* ¡Sí! **DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school].**

**Si marcó cualquiera o todas las casillas anteriores, llene los blancos a continuación para asegurarse de que se comparta la información sobre los siguientes niños. Se compartirá su información únicamente con los programas que usted marcó.**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[phone]** o enviar un mensaje electrónico a **[e-mail address].**

Envíe este formulario a: **[address]** a más tardar el **[date]**.

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: (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; or (3)  correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

**Aviso de Aprobación/Denegación de los Beneficios a las Unidades Familiares**

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Solicitó comidas gratuitas o a precios reducidos para los siguientes niños:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su solicitud fue:

* Aprobada para recibir comidas gratuitas
* Aprobada para recibir comidas a precios reducidos a $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por el almuerzo, $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por el desayuno y $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por meriendas
* Denegada por los siguientes motivos:
	+ Ingresos por encima del monto permisible
	+ Solicitud incompleta debido a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Otro motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar de ello con **[school official’s name]** al **[phone number]** a la dirección electrónica **[e-mail address]**. Si desea que se revise la decisión en más detalle, tiene derecho a una audiencia justa. Puede programarla llamando o escribiendo al siguiente funcionario:

Nombre:

Dirección:

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ CORREO ELECTRÓNICO

Atentamente,

**[signature]**

Nombre Cargo Fecha

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: (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; or (3)  correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

# WE MUST CHECK YOUR APPLICATION

*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 **Servicios de Comida y Nutrición, anteriormente El Programa de Estampillas de Comida, OR Work First Cash Assistance (anteriormente Temporary Assistance for Needy Families o TANF)**  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 de los programas de Servicios de Comida y Nutrición, anteriormente El Programa de Estampillas de Comida** or Work First Cash Assistance (anteriormente Temporary Assistance for Needy Families o **TANF)** que muestre las fechas de certificación.
* Una carta de los programas **Servicios de Comida y Nutrición, anteriormente El Programa de Estampillas de Comida** or Work First Cash Assistance (anteriormente Temporary Assistance for Needy Families o **TANF)** 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 **de Comida y Nutrición, anteriormente El Programa de Estampillas de Comida** or Work First Cash Assistance (anteriormente Temporary Assistance for Needy Families o **TANF) , beneficios de**:

 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 bruto 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: 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. Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

**HEMOS VERIFICADO SU SOLICITUD**

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

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

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

Hemos verificado la información que nos envió para comprobar que **[name(s) of child(ren)]** reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos y hemos decidido que:

* No ha cambiado la elegibilidad de sus hijos.
* A partir del **[date]**, la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas cambiará de **precios reducidos a gratuitas** porque sus ingresos están dentro de los límites de elegibilidad para recibir comidas gratuitas. Sus hijos recibirán comidas sin costo alguno.
* A partir del **[date]**, la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas cambiará de **gratuitas a precios reducidos** porque sus ingresos están por encima de los límites de elegibilidad para recibir comidas gratuitas. Las comidas a precios reducidos cuestan **[$]** por el almuerzo y **[$]** por el desayuno.
* A partir del **[date]**, **sus hijos no serán elegibles** para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos por este(estos) motivo(s):

\_\_\_ Los registros indican que ningún miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas Servicios de Comida y Nutrición, anteriormente, estampillas de comida o Work First Cash Assistance (anteriormente TANF)

\_\_\_ Los registros indican que los niños no están desamparados, en fuga o son migrantes.

\_\_\_ Sus ingresos exceden de los límites para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.

\_\_\_ No proporcionó: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ No respondió a nuestra solicitud.

Las comidas cuestan **[$]** por el almuerzo y **[$]** por el desayuno. Si los ingresos de su unidad familiar se reducen o el tamaño de la unidad familiar aumenta, puede volver a solicitar. Si le denegaron los beneficios anteriormente porque ningún miembro de la unidad familiar recibía beneficios de los programas FNS, Work First Cash Assistance (anteriormentevTANF) or FDPIR, puede volver a solicitar según los ingresos. Si no suministró prueba de la elegibilidad actual, le pedirán que lo haga si vuelve a solicitar.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar de ello con **[name]** al **[phone]**. También tiene derecho a una audiencia justa. Si solicita una audiencia a más tardar el **[date]**, sus hijos continuarán recibiendo comidas gratuitas o a precios reducidos hasta que el funcionario de la audiencia tome la decisión. Puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: **[name]**, **[address]**, **[phone number], o [e-mail].**

Atentamente,

**[signature]**

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: 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. Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.