

## Carta a padres para Programas de Comidas Escolares

Querido padre/tutor:

Los niños necesitan comidas sanas para aprender. El **Distrito Escolar Pocantico Hills** ofrece comidas sanas todos los días escolares. Desayuno cuesta \$1.50; almuerzo cuesta \$3.00. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o a precios reducidos. El precio reducido es **\$0.25** para desayuno y **\$0.25** para almuerzo. Desde el 1 de julio 2019, los estudiantes del estado de Nueva York que están aprobados para recibir comidas a precios reducidos recibirán desayuno y almuerzo gratis.

1. Necesito rellenar una solicitud por cada niño? No. Complete la solicitud para solicitar por comida gratis o a precio reducido. Use una *Solicitud de Comidas Escolares Gratis o a Precios Reducidos por todos los estudiantes en su hogar*. No aprobemos una solicitud incompleta, asegúrese de llenar toda la información requerida. Entregue la solicitud complete a: Linda Brouard, Distrito Escolar Pocantico Hills, 599 Bedford Rd, Sleepy Hollow, NY 10591, 914-631-2440 x711.
2. Quien puede recibir comidas gratis? Todos los niños en hogares que reciben beneficios de **[SNAP de Estado]**, **[el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas]** o **[TANF de Estado]**, pueden recibir comidas gratis a pesar de sus ingresos. También, sus hijos pueden recibir comidas gratis si los ingresos totales de su hogar están dentro de los límites de la Tabla Federal de Elegibilidad de Ingresos.
3. Hijos de crianza pueden recibir comidas gratis? Si, hijos de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o tribunal, son elegibles para recibir comidas gratis. Cualquier hijo de crianza en el hogar es elegible para recibir comidas gratis sin importar sus ingresos.
4. Pueden niños sin hogar, migrantes, o fugitivos reciben comidas gratis? Si, los niños que cumplen la definición de desalojamiento, migrante, o fugitivo califican para recibir comidas gratis. Si nadie se le ha dicho que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor llame o envíe un correo electrónico a Lisa Raymond, Distrito Escolar Pocantico Hills, 599 Bedford Rd, Sleepy Hollow, NY 10591, 914-631-2440 x 711 o [lraymond@pocanticohills.org](mailto:lraymond@pocanticohills.org) para ver si califican.
5. Quien puede recibir comidas a precios reducidos? Sus hijos pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de precio reducido en la Table Federal de Elegibilidad de Ingresos, mostrada en esta solicitud.
6. Debo de llenar una solicitud si he recibido una carta escolar este año que dice que mis hijos están aprobados para recibir comidas gratis? Por favor, lea la carta que recibió con cuidado y siga las instrucciones. Llame la escuela a **914-631-2440 x 711** si tiene preguntas.
7. La solicitud de mi hijo(a) fue aprobada el año pasado. Necesito completar otra? Si. La solicitud de su hijo(a) solo es aceptable para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Usted necesita enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le dijo que su hijo(a) es elegible por el año escolar nuevo.
8. Yo recibo WIC. Mis hijos pueden recibir comidas gratis? Niños en hogares participando en WIC pueden ser elegible para recibir comidas gratis o a precios reducidos. Por favor llene una solicitud.
9. La información que doy se controla? Si, y también podemos pedirle que envíe prueba escrita.
10. Si no califico ahora, puedo aplicar después? Si, puede solicitar a cualquier tiempo durante el año escolar. Por ejemplo, niños con un padre o tutor que se haga sin empleo pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precios reducidos si los ingresos del hogar caigan bajo el límite de ingresos
11. Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud? Debe hablar con funcionarios de la escuela. Además, puede pedir por una audiencia llamando o escribiendo a: Lisa Raymond, Distrito Escolar Pocantico Hills, 599 Bedford Rd, Sleepy Hollow, NY 10591, 914-631-2440 x 711.
12. Puedo solicitar si alguien en mi hogar no es un ciudadano de los Estados Unidos? Si. Usted o sus hijos no necesitan ser ciudadanos de los EE.UU. para calificar para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
13. A quien debo incluir como miembros de mi hogar? Tiene que incluir todas las personas que viven en su hogar, familia o no (como abuelos, otros parientes, o amigos) que comparten ingresos y gastos. Es necesario que incluye si mismo y todos los niños que viven con usted. Si vive con otras personas que son independientes económicamente (por ejemplo, personas que no se apoya, que no comparten ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una cuota prorrateada), no las incluya.
14. Que pasa si mi ingreso no es siempre igual? Apunte la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1000 cada mes, pero faltó trabajo el mes pasado y gana \$900, indique que gana \$1000 cada mes. Si normalmente recibe horas extras, las incluye, pero no incluya si solo trabaja horas extras a veces. Si usted ha perdido un trabajo o tuvo una reducción en sus horas o ganancias, utilice sus ingresos actuales.
15. Estamos en el ejercito. Debemos incluir nuestro subsidio de vivienda como ingreso? Si recibe un subsidio de vivienda fuera de la base militar, debe incluirlo como un ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privacidad de Viviendas para Militares usted no debe incluir el subsidio para vivienda como ingreso.
16. Mi esposo/sa esta desplegado en una zona de combate. Es su ingreso considera como ingresos? No, si la paga por combate que se recibe en adición a su salario básico a causa de su despliegue y que no fue recibida antes de ser desplegado, la paga por combate no se considera como ingreso. Comuníquese con su escuela para mas información.
17. Mi familia necesita mas ayuda. /Hay otros programas que podamos solicitar? Para saber come solicitar **[SNAP de Estado]** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al 1-800-342-3009.

**2019-2020 ORIENTACIONES DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS  
POR COMIDAS DE PRECIO GRATIS Y REDUCIDO O LECHE GRATIS**

**CARTA DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD DE PRECIO REDUCIDO**

Total Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$ 23,107	\$ 1,926	\$ 963	\$ 889	\$ 445
2	\$ 31,284	\$ 2,607	\$ 1,304	\$ 1,204	\$ 602
3	\$ 39,461	\$ 3,289	\$ 1,645	\$ 1,518	\$ 759
4	\$ 47,638	\$ 3,970	\$ 1,985	\$ 1,833	\$ 917
5	\$ 55,815	\$ 4,652	\$ 2,326	\$ 2,147	\$ 1,074
6	63,992 \$	\$ 5,333	\$ 2,667	\$ 2,462	\$ 1,231
7	\$ 72,169	\$ 6,015	\$ 3,008	\$ 2,776	\$ 1,388
8	\$ 80,346	\$ 6,696	\$ 3,348	\$ 3,091	\$ 1,546
*Cada persona Add'l añadir	\$ 8,177	\$ 682	\$ 341	\$ 315	\$ 158

**Cómo solicitar:** Para obtener comidas gratuitas o a precio reducido para sus hijos complete cuidadosamente una solicitud siguiendo las instrucciones para su hogar y devuélvala a la oficina designada que aparece en la solicitud. Si ahora recibe SNAP, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) para cualquier niño o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), la solicitud debe incluir los nombres de los niños, el número de caso DE SNAP, TANF o FDPIR y la firma de un miembro adulto del hogar. Todos los niños deben aparecer en la misma aplicación. Si no enumera un número de caso SNAP, TANF o FDPIR para cualquier miembro del hogar, la solicitud debe incluir los nombres de todos en el hogar, la cantidad de ingresos de cada miembro del hogar, y la frecuencia con la que se recibe y de dónde proviene. Debe incluir la firma de un miembro adulto del hogar y los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de ese adulto o marcar la casilla si el adulto no tiene un número de seguro social. Una solicitud de beneficios de precio gratuito y reducido no puede ser aprobada a menos que se presente información completa de elegibilidad, como se indica en la solicitud y en las instrucciones. Comuníquese con su Departamento de Servicios Sociales local para su número de caso SNAP o TANF o complete la parte de ingresos de la solicitud. No es necesaria ninguna solicitud si el hogar ha sido notificado por la SFA sus hijos han sido certificados directamente. Si el hogar no está seguro de si sus hijos han sido certificados directamente, el hogar debe comunicarse con la escuela.

**Cambios de informes:** Los beneficios para los que se le aprueba en el momento de la solicitud son efectivos para todo el año escolar y hasta 30 días hábiles en el nuevo año escolar (o hasta que se haga una nueva determinación de elegibilidad, lo que ocurra primero). Ya no necesita reportar cambios para un aumento en los ingresos o disminución en el tamaño del hogar, o si ya no recibe SNAP.

**Exclusiones de Ingresos:** El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por dicha atención bajo el Fondo de Desarrollo de Cuidado Infantil (Subvención de Bloque) no debe ser considerado como ingreso para este Programa.

**Estudiantes elegibles a precio reducido:** A partir del 1 de julio de 2019, los estudiantes del estado de Nueva York que estén aprobados para comidas a precio reducido recibirán comidas para el desayuno y el almuerzo sin cargo alguno.

En el funcionamiento de los programas de alimentación infantil, ningún niño será discriminado por raza, sexo, color, origen nacional, edad o discapacidad

**Servicio de comidas a niños con discapacidades:** Las regulaciones federales requieren que las escuelas e instituciones sirvan comidas sin cargo adicional a los niños con una discapacidad que puede restringir su dieta. Un estudiante con una discapacidad se define en 7CFR Parte 15b.3 de las regulaciones federales, como alguien que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades principales de la vida de dicha persona, un registro de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento. Las principales actividades de la vida incluyen pero no se limitan a: funciones tales como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, levantarse, doblarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Usted debe solicitar modificaciones de comida sin la escuela y proporcionar a la escuela una declaración médica de un profesional de la salud con licencia estatal. Si cree que su hijo necesita sustituciones debido a una discapacidad, póngase en contacto con nosotros para obtener más información, ya que hay información específica que la declaración médica debe contener.

**Confidencialidad:** El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos ha aprobado la liberación de los nombres de los estudiantes y el estado de elegibilidad, sin el consentimiento de los padres/tutores, a las personas directamente relacionadas con la administración o

la aplicación de la educación federal programas como el Título I y la Evaluación Nacional del Progreso Educativo (NAEP), que son programas del Departamento de Educación de los Estados Unidos utilizados para determinar áreas como la asignación de fondos a las escuelas, para evaluar el estatus socioeconómico de la para evaluar el progreso educativo. La información también puede ser divulgada a los programas estatales de salud o educación estatal administrados por la agencia estatal o agencia educativa local, siempre y cuando la agencia educativa estatal o local administre el programa, y los programas federales de nutrición estatales o locales similares el Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Además, toda la información contenida en la solicitud gratuita y de precios reducidos puede ser liberada a personas directamente relacionadas con la administración o aplicación de programas autorizados bajo la Ley Nacional de Almuerzo Escolar (NSLA) o la Ley de Nutrición Infantil (CNA); incluyendo los Programas Nacionales de Almuerzo Escolar y Desayuno Escolar, el Programa Especial de Leche, el Programa de Alimentos para cuidado de niños y adultos, el Programa de Servicio de Alimentos de Verano y el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres Infantiles y Niños (WIC); la Contraloría General de los Estados Unidos para fines de auditoría, y funcionarios federales, estatales o locales encargados de hacer cumplir la ley que investigan supuesta violación de los programas bajo el NSLA o CNA.

**Reaplicación:** Usted puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Además, si usted no es elegible ahora, pero durante el año escolar se queda desempleado, tiene una disminución en los ingresos del hogar, o un aumento en el tamaño de la familia que puede solicitar y completar una solicitud en ese momento.

La divulgación de información de elegibilidad no autorizada específicamente por el NSLA requiere una declaración de consentimiento por escrito del padre/tutor. Le avisaremos cuando su solicitud sea aprobada o denegada.

Sinceramente



**Declaración de no discriminación:** Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus) derechos civiles, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan o administran programas del USDA están prohibidos discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o represalias por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja del programa de discriminación, complete el Formulario de [Queja por Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o

Date Withdrew \_\_\_\_\_

### 2019-2020 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Leche Gratis o Precios Reducidos

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverse, complete este formulario para su hogar, firme su nombre y volver a. Llame si usted necesita ayuda. Nombres adicionales se pueden ser listados en un documento separado.

Devuelva aplicaciones completas a: Pocantico Hills.CSD  
599 Bedford Road  
Sleepy Hollow, NY 12531

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:  
Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: \_\_\_\_\_ CASO # \_\_\_\_\_

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

Informe todos los miembros del hogar (incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).  
Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o dejar los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones Cantidad/Frecuencia	La manutención de menores, pensión alimenticia Cantidad/Frecuencia	Pensiones, los pagos de jubilación Cantidad/Frecuencia	Otros ingresos, Seguridad Social Cantidad/Frecuencia	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Otros miembros de la familia (niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social: XXX-XX- \_\_\_\_\_

No tengo un SS#

Al completar la sección 3, un miembro de adulto del hogar tiene que proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#), o marcar el "no tengo un numero de SS#" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado.  
Entiendo (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportado. Entiendo que les doy esta información para que la escuela recibirá fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Raza étnico:  Hispano o latino  No hispano o latino  
Raza (marque una o más):  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

### NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)  
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster  
 Income Household: Total Household Income/How Often: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_  
 Free Meals  Reduced Price Meals  Denied/Paid  
Signature of Reviewing Official \_\_\_\_\_ Date Notice Sent: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela a \_\_\_\_\_. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: \_\_\_\_\_. Asegure de que toda la información se proporcione. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

### PARTE 1 **TODOS LOS HOGARES NECESITEN COMPLETAR LA Información. NO LLENE MAS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.**

- (1) Imprima los nombres de los niños para usted está aplicando en una sola aplicación.
- (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, o escapado de casa (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

### PARTE 2 **HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETE PARTE 2 Y FIRME PARTE 4**

- (6) Liste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (7) Un miembro adulto del hogar necesite firmar la solicitud en PARTE 4. Omíta PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDPIR número.

### PARTE 3 **TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 4.**

- (8) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no recibe ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (9) Escriba la cantidad de ingresos Corrientes de cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual.** El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos no deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (10) Pon el número total de miembros de la familia en la cajita. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
- (11) La aplicación debe contener sólo los últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tenga un Numeró de Seguridad Social, marque la cajita. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
- (12) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

**OTROS BENEFICIOS:** Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

### USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN

**USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN:** El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto asalariado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted lista un numero de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

### QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en ingles), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de seas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, \(AD-3027\)](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno 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 es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.