

# Westbrook Middle School

Bienvenido a Westbrook Middle School. Para completar la inscripción de alumnos nuevos, presente la siguiente documentación:

- Certificado de nacimiento
- Antecedentes médicos que incluyan vacunas y examen físico más reciente\*
- Formulario de autorización para divulgar información de registros
- Declaración jurada sobre residencia firmada (proporcione una constancia de residencia en la forma de un acuerdo de alquiler o contrato de hipoteca)
- Formulario de inscripción
- Formulario de información del alumno
- Cuestionario de inscripción
- Formulario de acuerdo sobre el uso de Internet firmado por los padres y el alumno
- Formularios de administración de medicamentos
- Formulario del seguro
- Solicitud de almuerzos gratuitos/con descuento
- Formulario de dominio limitado del inglés

\*Los exámenes físicos se requieren para todos los alumnos de 6.º grado.

Los alumnos que se inscriben desde fuera de Connecticut deben haberse realizado un examen físico dentro de los últimos 30 días. Los atletas deben proporcionar una prueba del examen físico antes de participar en prácticas o juegos.



# ESCUELAS PÚBLICAS DE WESTBROOK

Patricia A. Ciccone, superintendente

Estimados padres/tutores:

La tecnología está cambiando las maneras en que se accede a la información, y las maneras en que esta se comunica y se transfiere. Estos cambios también pueden alterar la enseñanza y el aprendizaje del alumno. El sistema escolar público de Westbrook ofrece a los alumnos el acceso a la autopista de la información electrónica y a servicios informáticos en red, como correo electrónico e Internet, de conformidad con la política 6141.323 de la Junta (adjunta).

Junto con el acceso a las computadoras y a personas en todo el mundo convive la disponibilidad de materiales que pueden considerarse inapropiados en el salón de clases. No obstante, en una red global es imposible controlar todo el material. En última instancia, el personal de la escuela, los padres y los tutores de menores son responsables de establecer y transmitir estándares que los alumnos deben seguir a la hora de utilizar los medios y las fuentes de información.

La Junta de Educación de Westbrook apoya y respeta el derecho de cada familia a decidir si permite o no que sus hijos accedan a Internet. Tómese el tiempo de sentarse con su(s) hijo(s) a leer y analizar las *Reglas y códigos de ética para los usuarios de computadoras de las escuelas de Westbrook*. Luego, firme y devuelva la(s) declaración(es) provista(s) tan pronto como sea posible.

## **Reglas y códigos de ética para los usuarios de computadoras de las escuelas de Westbrook**

Se proporciona el acceso a Internet para que los alumnos realicen investigaciones y se comuniquen entre sí en relación con las tareas escolares. El acceso a los servicios de red se otorga a los alumnos que aceptan comportarse de un modo considerado y responsable. Se requiere el permiso de los padres. El acceso es un privilegio, no un derecho. Por lo tanto, sobre la base de las pautas para el uso aceptable descritas en este documento, los administradores del sistema determinarán qué uso es inapropiado. Las decisiones son definitivas. Los administradores del sistema pueden denegar, revocar o suspender el acceso de un usuario específico en cualquier momento.

Los usuarios individuales son responsables de su uso de la red. Las pautas del distrito son las siguientes:

1. Los alumnos usuarios deben iniciar sesión cada vez que utilicen la red.
2. Los alumnos usuarios utilizarán los recursos informáticos con fines educativos y de conformidad con las actividades educativas.

El uso de las computadoras y de Internet debe realizarse como soporte de la educación y la investigación y debe ser coherente con las expectativas académicas del sistema escolar público de Westbrook. La transmisión de cualquier material que infrinja las normas estatales o nacionales, incluido el material obsceno, amenazador o sujeto a derechos de autor, está prohibida. El uso para actividades comerciales de organizaciones con fines de lucro, la promoción de productos, el cabildeo político o actividades ilegales está estrictamente prohibido.

El usuario también debe respetar las siguientes normas de conducta:

1. Ser educado. No escribir ni enviar mensajes abusivos.
2. Usar lenguaje apropiado. No maldecir ni usar vulgaridades ni ningún otro lenguaje inapropiado.

158 McVeagh Road, Westbrook, CT 06498

Correo electrónico: [pciccone@westbrookschools.org](mailto:pciccone@westbrookschools.org) N.º de teléfono: (860) 399-6432 Fax: (860) 399-8817

3. La transmisión de material obsceno está prohibida. Enviar o recibir mensajes o imágenes ofensivas de cualquier origen provocará la inmediata suspensión de los privilegios.
4. No revelar las direcciones personales ni los números de teléfono suyos ni de otros alumnos.
5. La privacidad del correo electrónico no se garantiza. Las personas que operan el sistema sí tienen acceso a todos los correos. Los mensajes inapropiados pueden provocar la suspensión de los privilegios.
6. No utilizar la red de un modo que interfiera con el uso de la misma por parte de otros usuarios.
7. No se tolerará cualquier intento malicioso de dañar o destruir datos de otro usuario. Cualquier acción cuestionable provocará la suspensión de los privilegios.

Gracias por su atención y cooperación respecto de esta importante política. En caso de que tenga alguna pregunta, comuníquese con el director de su escuela.

Atentamente,



Superintendente de escuelas

NOTA: La violación de cualquiera de las normas y disposiciones mencionadas más arriba provocará la pérdida del acceso y podría dar lugar a otras acciones disciplinarias o legales.

Agosto de 2013

Estimados padres/tutores:

Las nuevas tecnologías están cambiando las maneras en que se accede a la información, y las maneras en que esta se comunica y se transfiere. Estos cambios también pueden alterar la enseñanza y el aprendizaje del alumno. El sistema escolar público de Westbrook ofrece a los alumnos el acceso a la autopista de la información electrónica y a servicios informáticos en red, como correo electrónico e Internet, de conformidad con la política 6141.321 de la Junta (adjunta).

Junto con el acceso a las computadoras y a personas en todo el mundo convive la disponibilidad de materiales que pueden considerarse inapropiados en el salón de clases. No obstante, en una red global es imposible controlar todo el material. En última instancia, el personal de la escuela, los padres y los tutores de menores son responsables de establecer y transmitir estándares que los alumnos deben seguir a la hora de utilizar los medios y las fuentes de información.

La Junta de Educación de Westbrook apoya y respeta el derecho de cada familia a decidir si permite o no que sus hijos accedan a Internet. Tómese el tiempo de sentarse con sus hijos a leer y analizar las Reglas y códigos de ética para los usuarios de computadoras de las escuelas de Westbrook. Luego, firme y devuelva la(s) declaración(es) provista(s) tan pronto como sea posible.

### ***Reglas y códigos de ética para los usuarios de computadoras de las escuelas de Westbrook***

Se proporciona el acceso a Internet para que los alumnos realicen investigaciones y se comuniquen entre sí en relación con las tareas escolares. El acceso a los servicios de red se otorga a los alumnos que aceptan comportarse de un modo considerado y responsable. Se requiere el permiso de los padres. El acceso es un privilegio, no un derecho. Por lo tanto, sobre la base de las pautas para el uso aceptable descritas en este documento, los administradores del sistema determinarán qué uso es inapropiado. Las decisiones son definitivas. Los administradores del sistema pueden denegar, revocar o suspender el acceso de un usuario específico en cualquier momento.

Los usuarios individuales son responsables de su uso de la red. Las pautas del distrito son las siguientes:

- Los alumnos usuarios, antes de acceder a Internet, siempre deben obtener permiso y seguir las instrucciones.
- Los alumnos usuarios deben ser supervisados cuando accedan a Internet.
- Los alumnos usuarios deben iniciar sesión cada vez que utilicen la red.
- Los alumnos usuarios utilizarán los recursos informáticos con fines educativos y de conformidad con las actividades educativas.

El uso de las computadoras y de Internet debe realizarse como soporte de la educación y la investigación y debe ser coherente con las expectativas académicas del sistema escolar público de Westbrook. La transmisión de cualquier material que infrinja las normas estatales o nacionales, incluido el material obsceno, amenazador o sujeto a derechos de autor, está prohibida. El uso para actividades comerciales de organizaciones con fines de lucro, la promoción de productos, el cabildeo político o actividades ilegales está estrictamente prohibido.

El usuario también debe respetar las siguientes normas de conducta:

- Ser educado. No escribir ni enviar mensajes abusivos.
- Usar lenguaje apropiado. No maldecir ni usar vulgaridades ni ningún otro lenguaje inapropiado.
- La transmisión de material obsceno está prohibida. Enviar o recibir mensajes o imágenes ofensivas de cualquier origen provocará la inmediata suspensión de los privilegios.
- No revelar las direcciones personales ni los números de teléfono suyos ni de otros alumnos.
- La privacidad del correo electrónico no se garantiza. Las personas que operan el sistema sí tienen acceso a todos los correos. Los mensajes inapropiados pueden provocar la suspensión de los privilegios.
- No utilizar la red de un modo que interfiera con el uso de la misma por parte de otros usuarios.
- No se tolerará cualquier intento malicioso de dañar o destruir datos de otro usuario. Cualquier acción cuestionable provocará la suspensión de los privilegios.

Atentamente,

Patricia A. Ciccone  
Superintendente de escuelas

**NOTA:** La violación de cualquiera de las normas y disposiciones mencionadas más arriba provocará la pérdida del acceso y podría dar lugar a otras acciones disciplinarias o legales.

Acuerdo para el usuario de computadoras y de Internet de las escuelas públicas de Westbrook  
y  
Formulario de permiso de los padres

Después de leer las Reglas y códigos de ética para los usuarios de computadoras de las escuelas de Westbrook, complete este formulario para indicar que acepta los términos y las condiciones descritas. Las firmas del alumno y del padre o la madre/el tutor son obligatorias para que se otorgue el acceso a Internet. Este documento, que incorpora las reglas y los códigos, refleja el acuerdo completo y la comprensión de todas las partes.

Como usuario de la red de computadoras del distrito de escuelas públicas de Westbrook, he leído y por la presente acepto cumplir con las reglas y los códigos de ética aquí descritos.

Firma del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Escuela del alumno: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

En mi carácter de padre o madre/tutor legal del alumno que firma más arriba, autorizo a que mi hijo(a) acceda a servicios informáticos en red, como correo electrónico e Internet. He leído y acepto las reglas y el código de ética. Comprendo que determinados materiales que se encuentran en Internet pueden ser inapropiados; por lo tanto, acepto la responsabilidad de guiar a mi hijo(a) y asimismo acepto eximir de responsabilidad a las escuelas públicas de Westbrook y a los empleados del distrito escolar por cualquier uso inadecuado del acceso a los servicios informáticos en red que mi hijo(a) realice. Comprendo que una vez que firme este acuerdo, el mismo me vinculará legalmente.

Firma del padre o la madre/el tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o la madre/el tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono particular: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono laboral: \_\_\_\_\_

*Complete el documento y devuélvalo a la escuela de su hijo(a).*

*ESCUELAS PÚBLICAS DE WESTBROOK*  
TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL ALUMNO

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

De conformidad con la Ley de Derechos de la Familia sobre la Educación y la Privacidad (“FERPA”), por la presente autorizo a las escuelas públicas de Westbrook a divulgar u obtener (haga un círculo alrededor de la opción que corresponda) la siguiente información confidencial de los registros relacionada con mi hijo(a):

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre o madre/tutor(es): \_\_\_\_\_

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

(Marque todas las opciones que correspondan).

	<u>Obtener</u>	<u>Divulgar</u>
Todos los registros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro acumulado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia/educación especial del alumno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constancia de disciplina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De salud/médico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para/de: \_\_\_\_\_

Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado/código postal

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Comprendo que la información que se divulgará está protegida como “legajo educativo” según la Ley FERPA, y que dicha información no deberá volver a divulgarse a menos que lo permita la Ley FERPA. También comprendo que los directivos, los empleados y los agentes de cualquier parte que reciban información protegida de conformidad con la Ley FERPA pueden usar dicha información únicamente con los fines para los que se efectuó la divulgación

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del padre o la madre/el tutor

\*\*\*\*\*

**Si esta autorización se utiliza para obtener información médica protegida del médico de un niño o de otra entidad cubierta según la Ley HIPAA, la siguiente sección también debe completarse:**

Yo, el que suscribe, autorizo específicamente a \_\_\_\_\_ a divulgar  
Nombre del médico

la información médica de mi hijo(a), como se especifica más arriba,  
a la escuela de mi hijo(a), \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela

a la dirección antes mencionada y por los motivos descritos a continuación (es decir, una evaluación de salud para el ingreso a la escuela, una evaluación de educación especial, etc.):

\_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, acepto que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original. Esta autorización será válida durante un período de un año a partir de la fecha que figura a continuación. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al consultorio del médico por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas por el médico antes de recibir dicha revocación.

Comprendo que de conformidad con la ley aplicable, la información divulgada según esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, por lo tanto, es probable que ya no esté protegida por normas de privacidad federales.

Comprendo que el tratamiento o la continuación del tratamiento con cualquier profesional sanitario, la inscripción o la elegibilidad para beneficios con cualquier plan de salud de mi hijo(a) no pueden estar condicionados por el hecho de que yo firme o no esta autorización y comprendo que puedo negarme a firmarla.

Toda la información que reciba la escuela de conformidad con esta autorización está sujeta a todas las leyes de confidencialidad estatales y federales aplicables que rigen el uso de la divulgación de dicha información.

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del padre o la madre/el tutor



# Westbrook Middle School

154 McVeagh Road Westbrook, CT 06498 • 860-399-2010 • fax: 860-399-2006

Cori-Ann DiMaggio, directora

Correo electrónico: [cdfanaggio@westbrooktschool.org](mailto:cdfanaggio@westbrooktschool.org)

## DECLARACIÓN JURADA SOBRE RESIDENCIA

Por la presente certifico que (el alumno) \_\_\_\_\_ reside con su padre o madre/tutor legal en (la calle) \_\_\_\_\_ en (la ciudad) \_\_\_\_\_ y mantiene, de buena fe, residencia permanente en Westbrook de conformidad con la ley pública 86-303.

Por la presente doy fe de que la residencia en Westbrook del alumno es permanente y fue obtenida sin pago alguno y sin el apoyo económico de los padres, ni con el fin de obtener matrículas escolares en las escuelas de Westbrook.

En mi carácter de padre o madre/tutor legal, solicito la inscripción de mi hijo(a) como alumno en Westbrook Middle School en Westbrook, Connecticut. Comprendo cabalmente que tengo la obligación de informar de inmediato a la directora de la escuela acerca de cualquier cambio el estado de la residencia del alumno.

Si se le niega la inscripción en Westbrook, tiene el derecho a solicitar una audiencia ante la Junta de Educación. Este distrito tiene derecho al pago del costo de la matrícula por el período en que el niño permanezca en las escuelas de Westbrook si finalmente se determina que el alumno no es elegible para privilegios escolares.

**TENGA EN CUENTA QUE: Incluya una copia de un documento que compruebe la residencia, p. ej., una factura de impuesto sobre la propiedad, un contrato de alquiler, una factura de servicio, etc.**

\*\*\*\*\*

Tengo conocimiento de que la ley pública 86-303 de Connecticut otorga a un distrito escolar el derecho a denegar la inscripción si sospecha que el inscrito no es un residente de buena fe, y que el inscrito tiene el derecho a una audiencia de debido proceso ante la Junta de Educación de Westbrook si decidiera apelar la decisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

***“Donde los niños están primero”***



## Formulario de información del alumno

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre o la madre/el tutor: \_\_\_\_\_

(Si desea que el personal de la escuela se comunice con usted por medio del correo electrónico cuando sea necesario).

Información del padre o la madre/el tutor:

Nombre:

Domicilio particular:

Ciudad/Estado/código postal:

N.º de teléfono particular:

Nombre del empleador:

Dirección del empleador:

Relación:

Tutor legal: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Reside con: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

N.º de teléfono celular:

N.º de teléfono laboral:

Nombre:

Domicilio particular:

Ciudad/Estado/código postal:

N.º de teléfono particular:

Nombre del empleador:

Dirección del empleador:

Relación:

Tutor legal: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Reside con: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

N.º de teléfono celular:

N.º de teléfono laboral:

---

La siguiente información es requerida según la Ley Que Ningún Niño Se Quede Atrás (No Child Left Behind Act). Todos los alumnos deben ser asignados a un subgrupo racial/étnico con fines analíticos. La información no se utiliza con ningún fin discriminatorio. Identifique la raza de su hijo(a). (Si un padre o una madre no elige una categoría de los cinco códigos de razas que se proporcionan, el Departamento de Educación requiere que el personal de la escuela adecuado elija la categoría para el niño).

\_\_\_ Indio americano \_\_\_ Asiático \_\_\_ Negro, no de origen hispano

\_\_\_ Hispano/latino \_\_\_ Blanco, no de origen hispano

---

### Información de contacto de emergencia:

Las personas que se mencionan a continuación tienen autorización para recoger a mi hijo(a) y pueden ser contactadas durante el horario escolar a los números de teléfono indicados.

### **(SUMINISTRE AL MENOS UN CONTACTO).**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Información para emergencias y de salud:

En el caso de accidente grave o lesión en la escuela, se enviará a su hijo(a) a un centro médico de emergencias. El padre o la madre/el tutor es responsable de todos los gastos.

Nombre del médico:

N.º de teléfono:

Odontólogo:

N.º de teléfono:

Empresa de seguro de salud:

N.º de póliza:

Alergias/inquietudes sobre la salud: (adjunte una hoja adicional si es necesario) \_\_\_\_\_

Firma del padre o la madre/el tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**WESTBROOK MIDDLE SCHOOL  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre

Nombre(s) del padre o la madre/el tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ Grado en el que ingresa: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela a la que asistió por última vez: (nombre/ciudad/estado) \_\_\_\_\_

El alumno vive con: Ambos padres \_\_\_\_\_ El padre \_\_\_\_\_ La madre \_\_\_\_\_  
Padrastra o madrastra \_\_\_\_\_ Tutores \_\_\_\_\_

Nombres de los hermanos en orden de edad: Fecha de nacimiento: Grado:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**La siguiente evaluación es requerida por todos los distritos escolares del estado según la Ley de educación bilingüe y determinará si es necesario establecer un programa de educación bilingüe o de inglés como segundo idioma para alumnos que no hablan inglés en nuestro distrito. Complete la información.**

¿Qué idioma aprendió a hablar primero su hijo(a)? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el idioma principal que habla su hijo(a) en su hogar? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el idioma principal que hablan usted u otras personas en su hogar? \_\_\_\_\_

**La siguiente información es requerida según la Ley Que Ningún Niño Se quede Atrás (No Child Left Behind Act). Todos los alumnos deben ser asignados a un subgrupo racial/étnico con fines analíticos. La información no se utiliza con ningún fin discriminatorio. (Si un padre o una madre/tutor no elige una categoría de los códigos de razas que se proporcionan, el Departamento de Educación de Connecticut (CSDE) requiere que el personal de la escuela adecuado elija la categoría para el niño).**

¿Su hijo(a) es hispano/a o latino/a? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Identifique la raza de su hijo(a). Seleccione una opción o más, incluso si respondió “sí” a la pregunta anterior.

\_\_\_ Indio americano/Nativo de Alaska \_\_\_ Asiático \_\_\_ Negro/Afroamericano \_\_\_ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico \_\_\_ Blanco

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre/el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Westbrook Middle School

154 McVeagh Road Westbrook, CT 06498 • 860-399-2010 • fax: 860-399-2006

Cori-Ann DiMaggio, directora

[Correo electrónico: cdfanaggio@westbrooktschool.org](mailto:cdfanaggio@westbrooktschool.org)

## CUESTIONARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela anterior (nombre, dirección, n.º de teléfono): \_\_\_\_\_

Según su opinión, ¿cómo se desempeña su hijo(a) en lo siguiente? (Haga un círculo alrededor de la opción que corresponda).

Lectura: Por encima del nivel de grado	A nivel de grado	Por debajo del nivel de grado
Escritura: Por encima del nivel de grado	A nivel de grado	Por debajo del nivel de grado
Matemática: Por encima del nivel de grado	A nivel de grado	Por debajo del nivel de grado

Haga un comentario sobre las siguientes áreas:

¿Las relaciones con los compañeros son adecuadas respecto de la edad?      Sí      No

Si la respuesta es No, explique: \_\_\_\_\_

Intereses/pasatiempos: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) se ha sometido alguna vez a una evaluación individual en un sistema escolar?      Sí      No

Si la respuesta es Sí, explique el motivo por el cual se sometió a la evaluación y la fecha de la misma.

¿Su hijo(a) recibió servicios de apoyo?

- \_\_\_\_\_ Educación especial
- \_\_\_\_\_ Plan de adaptación 504
- \_\_\_\_\_ Plan de salud
- \_\_\_\_\_ Apoyo académico
- \_\_\_\_\_ Orientación (consejero, psicólogo, trabajador social)
- \_\_\_\_\_ Otro ( \_\_\_\_\_ )

Otro tipo de información que tendríamos que conocer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Escuelas públicas de Westbrook

### AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL PERSONAL DE LA ESCUELA

La ley y las normas estatales de Connecticut 10-212(a) requieren que se presente una orden de medicamentos por escrito emitida por un médico autorizado a tal efecto y una autorización por escrito del padre o la madre/el tutor, para que administre el medicamento el personal de enfermería o, en su ausencia, un director o maestro designado. *Los medicamentos deben estar en su envase original y debidamente rotulado y deben ser dispensados por un médico o farmacéutico.*

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITIÓ LA RECETA:

Afección por la que se administra el medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Vía de administración: \_\_\_\_\_

Hora de administración: \_\_\_\_\_ Si se toma cuando es necesario, frecuencia: \_\_\_\_\_

Efectos colaterales relevantes: No se esperan  Especifique: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: NO  SÍ  (especificar): \_\_\_\_\_

El medicamento debe administrarse desde el: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

(mes/día/año)

(mes/día/año)

Nombre/título del médico que emitió la receta: (a máquina o en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del médico que emitió la receta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

### AUTORIZACIÓN DEL PADRE O LA MADRE/EL TUTOR

Por la presente solicito que los medicamentos indicados más arriba sean administrados por el personal de la escuela y otorgo permiso para el intercambio de información entre el médico que emitió la receta y el personal de enfermería de la escuela según sea necesario para garantizar la administración segura del medicamento. Comprendo que debo proveerle a la escuela un suministro de medicamentos para 45 días como máximo. Comprendo que este medicamento se destruirá si no se recoge dentro de una semana después de vencida la orden o después del último día en la escuela, lo que ocurra primero.

Firma del padre o la madre/el tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN/APROBACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La autoadministración de medicamentos puede ser autorizada por el médico que emitió la receta y el padre o la madre/el tutor y debe ser aprobada por el personal de enfermería de conformidad con la política de la Junta. En el caso de inhaladores para el asma y de inyectores de cartuchos para alergias de diagnóstico médico, los alumnos pueden autoadministrarse el medicamento únicamente con la autorización por escrito de un médico autorizado que emite la receta y la autorización por escrito del padre o la madre/el tutor del alumno o del alumno elegible.

Autorización del médico que emite la receta para la autoadministración: Sí  No  \_\_\_\_\_

Firma/fecha

Autorización del padre o la madre/el tutor para la autoadministración: Sí  No  \_\_\_\_\_

Firma/fecha

Aprobación del personal de enfermería de la escuela para la autoadministración: Sí  No  \_\_\_\_\_

Firma/fecha

## Autorización para almacenar medicamentos de venta libre para su administración

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Este documento debe ser completado y firmado por el padre o la madre/el tutor:

Puede haber situaciones en las que su hijo(a) solicite un medicamento/tratamiento de venta libre como ayuda para aliviar síntomas relacionados con afecciones menores, como el efecto de la hiedra venenosa, cortes, rasguños, labios resquebrajados, etc. Contamos con un/a enfermero/a registrado/a disponible para asistir en la evaluación de las afecciones del alumno y para responder adecuadamente al dispensar estos medicamentos/tratamientos. El PADRE O la MADRE/el TUTOR debe indicar cuáles de los medicamentos o tratamientos de venta libre NO pueden usarse o administrarse marcando las casillas que correspondan y se incluyen a continuación. El Dr. Perrin, nuestro asesor médico, aprobó los medicamentos de venta libre que se incluyen a continuación para su uso en la escuela.

Marque los medicamentos que NO deben administrarse a su hijo(a):
------------------------------------------------------------------

- Gel de Aloe Vera (terapia humectante)
- Comprimidos antiácidos (malestar estomacal)
- Ungüento antibiótico/bacitracina (prevención de infecciones)
- Bactine (cuidado de heridas)
- Benadryl (reacción alérgica)
- Betadine/Phisophex/Hibiclens/Dial (jabón)
- Gel para quemaduras (quemaduras)
- Loción Calamine/Callergy (irritación de la piel, sarpullido, efecto de la hiedra venenosa)
- Pastillas para la tos (dolor de garganta, tos)
- Crema para manos/cuerpo (crema humectante)
- Crema con hidrocortisona al 1,0 % (sarpullido)
- Alcohol isopropílico (limpieza de heridas/piercings)
- Ungüento para labios (labios resquebrajados)
- Vaselina (labios resquebrajados)
- Gotas salinas para los ojos (irritación en los ojos/solución de lentes de contacto)
- Tintura de benzoína (vendaje seguro)

Comentarios \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

**Firma del padre o la madre/el tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

# Oficina de salud de la escuela primaria/escuela secundaria de Westbrook

*Este formulario debe completarse y enviarse a la oficina de salud.*

## Autorización para administrar medicamentos distintos de la aspirina

Alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Autorizo al personal de enfermería de la escuela, con una orden vigente del asesor médico de la escuela, a administrar según su criterio los siguientes medicamentos a mi hijo(a):

Acetaminofeno (Tylenol): 1 o 2 comprimidos de 325 mg cada 4 a 6 horas según sea necesario para el dolor de cabeza o un dolor menor.

Firma del padre o la madre \_\_\_\_\_

Ibuprofeno (Advil): 1 o 2 comprimidos de 200 mg cada 4 a 6 horas según sea necesario para el dolor muscular, el dolor menstrual y el dolor de cabeza. Firma del padre o la madre \_\_\_\_\_

Cetirizina HCl (Zyrtec): 1 comprimido de 10 mg una vez al día para síntomas de alergias estacionales como estornudos, ojos irritados o goteo nasal. Firma del padre o la madre \_\_\_\_\_

NOTA: Si los medicamentos se administrarán en la escuela (otros distintos de Tylenol/ibuprofeno o Zyrtec), debe presentarse un formulario firmado de AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE PARTE DEL PERSONAL DE LA ESCUELA. No se permite la autoadministración durante el horario escolar ni las excursiones escolares a menos que lo autorice el médico, el padre o la madre y el personal de enfermería de la escuela.

2. ¿Hay algún motivo por el cual su hijo(a) no debería participar en determinadas actividades o ejercicios de educación física? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describa el motivo: \_\_\_\_\_

3. Mi hijo(a) toma actualmente los siguientes medicamentos. Incluya los medicamentos de administración diaria.

\_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

Médico que receta el medicamento: \_\_\_\_\_

4. Mi hijo(a) tiene las siguientes afecciones médicas:

Asma \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Cardiopatía \_\_\_\_\_ Visión disminuida \_\_\_\_\_

Parálisis cerebral \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_ Defecto de dicción \_\_\_\_\_ Trastorno psicológico \_\_\_\_\_

TDAH \_\_\_\_\_ Trastorno auditivo \_\_\_\_\_ Trastorno urinario \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Alergias (marque las opciones que correspondan): Potencialmente mortal \_\_\_\_\_ Picadura de abeja \_\_\_\_\_

Maní/alimentos \_\_\_\_\_ Ambiental \_\_\_\_\_ Medicamento \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**SI MARCA ALGUNA DE LAS ALERGIAS, COMPLETE EL PLAN DE TRATAMIENTO DE LA ALERGIA. SI MARCA EL ASMA, PRESENTE EL PLAN DE TRATAMIENTO DEL ASMA.**

5. Mi hijo(a) tuvo los siguientes accidentes graves, cirugías o enfermedades o recibió las siguientes vacunas durante el año pasado:

\_\_\_\_\_

6. ¿Hay algo que desee analizar con el personal de enfermería de la escuela o con el equipo de apoyo a los alumnos?

\_\_\_\_\_

7. ¿Su hijo(a) está protegido con un seguro de salud? \_\_\_\_\_

Firma del padre o la madre/el tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estimados padres/tutores:

Con el fin de ahorrarle tiempo y esfuerzo, es probable que la información que proporcionó en su *Solicitud de comidas escolares gratuitas y con descuento* se comparta con otros programas para los que podrían calificar sus hijos. Necesitamos contar con su permiso para compartir esta información con otros programas. Firme a continuación si desea recibir beneficios adicionales. Al firmar para recibir los beneficios, certifica que es el padre o la madre/el tutor de los niños para quienes se realiza la solicitud.

**Nota:** Presentar este formulario no modificará si sus hijos obtienen o no las comidas gratuitas o con descuento.

- NO, NO DESEO** que se comparta información de mi *Solicitud de comidas escolares gratuitas y con descuento* con ninguno de estos programas.
- SÍ, DESEO** que los directivos de la escuela compartan la información de mi *Solicitud de comidas escolares gratuitas y con descuento* con los programas que se indican a continuación. **Marque todas las opciones que correspondan.**
- Director, trabajador social para financiación del programa de día de campo.**
  - Director, trabajador social para programas de vacaciones y vestimenta.**
  - Director, consejero para financiación de pruebas estandarizadas, como SAT, costos de solicitudes de ingreso a la Universidad.**
  - Director, trabajador social para trabajos de verano.**

**Si marcó SÍ para alguna de las casillas más arriba, complete la información a continuación y firme el formulario.** Su información se compartirá únicamente con las personas y los programas aplicables que usted indicó.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

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

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

Nombre del padre o la madre/el tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Firma del padre o la madre/el tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para obtener más información, llame a Cindi Good al 860-399-6214. Devuelva este formulario con su solicitud antes del 17 de octubre de 2016.

*De conformidad con la ley federal de derechos civiles y con las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por la participación en actividades de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.*

*Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (p. ej., lenguaje Braille, letra grande de imprenta, mensaje de audio, lenguaje americano de señas, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) a la que solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultad para oír o para hablar pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas distintos del inglés.*

*Para presentar una queja por discriminación al programa, complete el Formulario de quejas por discriminación del programa de USDA (AD- 3027) que se encuentra disponible en línea en: [http://mwww.ascr.usda.gov/complaint\\_fiUng\\_cust.html](http://mwww.ascr.usda.gov/complaint_fiUng_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione allí toda la información que se requiere en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Entregue el formulario o la carta completa al USDA mediante:*

- (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SJV  
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 proveedora de igualdad de oportunidades.*

**PASO 1 Haga una lista con TODOS los miembros de la familia que sean bebés, niños y alumnos de hasta 12.º grado (inclusive) (si se requieren más espacios para más nombres, adjunte otra hoja de papel).**

Definición de miembro de la familia: "Cualquier persona que vive con usted y comparte sus ingresos y gastos, incluso si no están relacionados".

Los niños en **cuidado tutelar** y los niños que se definen como **desamparados** o **fugitivos** son elegibles para recibir comidas gratuitas. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratuitas y con descuento** para obtener más información.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	Escuela	Grados	¿Alumno? Sí No	Cuidado tutelar	Head Start	Desamparado o 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"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 2 ¿Algún miembro de la familia (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los Programas de asistencia siguientes: SNAP o TFA? (Esto NO incluye los beneficios médicos [HUSKY]).**

En caso negativo, vaya al PASO 3.

**En caso afirmativo, es decir que un miembro de la familia participa en SNAP o TFA, escriba un número de caso de SNAP O TFA aquí y luego avance al PASO 4** (no complete el PASO 3). A fin de acelerar el proceso de aprobación, es altamente recomendable que entregue una prueba de elegibilidad para SNAP o TFA con esta solicitud. Consulte las instrucciones.

Número de caso. Escriba solo un número de caso en este espacio.

**PASO 3 Informe los ingresos de TODOS los miembros de la familia (ignore este paso si respondió "Sí" en el Paso 2).**

¿No está seguro de qué ingresos debe incluir aquí?

Dé vuelta la página y revise los gráficos con el título "Fuentes de ingreso" para obtener más información.

El gráfico "Fuentes de ingreso para niños" lo ayudará con la sección Ingresos de niños.

El gráfico "Fuentes de ingreso para adultos" lo ayudará con la sección Todos los miembros adultos de la familia.

**A. Ingresos de niños**

Los niños de una familia a veces obtienen ingresos. Incluya el ingreso TOTAL de todos los niños miembros de la familia que se indican en el PASO 1 aquí.

¿Con qué frecuencia?

Ingresos de niños	Una vez por semana por mes	Dos veces por semana	Dos veces por mes	Una vez por mes
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Todos los miembros adultos de la familia (incluido usted)**

Haga una lista con todos los miembros de la familia que no se indican en el PASO 1 (incluido usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro de la familia mencionado, si recibe ingresos, informe el **ingreso bruto total** (antes de impuestos) para cada fuente de ingreso en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si el miembro no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja un campo en blanco, certifica (promete) que no hay ningún ingreso para informar.

Nombres de los miembros adultos de la familia (nombres y apellidos)	Ingresos por trabajo	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/Manutención de menor/Pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/Todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		Una vez por semana por mes	Dos veces por semana	Dos veces por mes	Una vez por mes		Una vez por semana por mes	Dos veces por semana	Dos veces por mes	Una vez por mes		Una vez por semana por mes	Dos veces por semana	Dos veces por mes	Una vez por mes
	\$	<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"/>
	\$	<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"/>
	\$	<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"/>
	\$	<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"/>
	\$	<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"/>

Miembros de la familia totales (niños y adultos - Paso 1 y Paso 3)

--	--

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal asalariado o de otro miembro de la familia adulto

X	X	X	X				
---	---	---	---	--	--	--	--

Marque si no tiene un SSN

**PASO 4 Información de contacto y firma del adulto.**

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Comprendo que esta información se brinda en relación con la recepción de fondos federales, y que los directivos de la escuela pueden verificar (comprobar) toda la información. Entiendo que si ofrezco intencionalmente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables".

Dirección (si está disponible)	N.º de departamento	Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono durante el día y correo electrónico (opcional)
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario		Firma del adulto		Fecha de hoy	



## Solicitud de comidas escolares gratuitas o con descuento o de leche gratuita para 2016-2017

FUENTES DE INGRESO PARA NIÑOS		FUENTES DE INGRESO PARA ADULTOS		
Fuentes de ingreso de niños	Ejemplos	Ingresos por trabajo	Asistencia pública/Pensión alimenticia/Manutención de menor	Pensiones/Jubilación/Todos los demás ingresos
Ingresos por trabajo	Un niño tiene un trabajo regular o de tiempo parcial en el que gana un sueldo o salario.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingreso bruto por sueldo, salario, bonificaciones en efectivo.</li> <li>Ingreso neto por un trabajo independiente (granja o comercio)</li> </ul> <p><b>Si está en las fuerzas militares de los EE. UU.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sueldo básico y bonificaciones en efectivo (<b>NO incluya el pago por combate, la FSSA, ni el dinero otorgado para costear viviendas privadas</b>)</li> <li>Dinero para viviendas fuera de la base, comida y ropa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficios por desempleo</li> <li>Indemnización laboral</li> <li>Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local</li> <li>Pagos por pensión alimenticia</li> <li>Pagos por manutención de menor</li> <li>Beneficios por veterano</li> <li>Indemnización por huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro social (incluidos la jubilación ferroviaria y el seguro por neumoconiosis del minero)</li> <li>Pensiones privadas o por discapacidad</li> <li>Ingreso regular de fideicomisos o patrimonios</li> <li>A anualidades</li> <li>Ingresos derivados de inversiones</li> <li>Interés devengado</li> <li>Ingresos por rentas</li> <li>Pagos regulares en efectivo externos a la familia</li> </ul>
Seguro social	Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del seguro social.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pagos por discapacidad</li> <li>Beneficios por sobreviviente</li> </ul>	Un padre o una madre es discapacitada, jubilada o falleció, y su hijo recibe beneficios del seguro social.			
Ingresos de personas externas a la familia	Un amigo o miembro de la familia extendida brinda dinero regularmente a un niño.			
Ingresos de cualquier otra fuente	Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privadas, una anualidad o un fideicomiso.			

### OPCIONAL Identidades raciales y étnicas de los niños

Es nuestra obligación solicitar información acerca de la raza y la etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurar que presentemos los servicios adecuados a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o con descuento.

**Etnia (marque una opción):**  Hispano o latino  No hispano o latino

**Raza (marque una o más opciones):**  Indio americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico  Blanco

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. Usted no está obligado a brindar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratuitas o con descuento. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no se requieren cuando realiza la solicitud en nombre de un niño bajo cuidado tutelar; cuando indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPJR) u otro identificador de FDPJR para su hijo(a); o cuando indica que el miembro adulto de la familia que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o con descuento, y para administrar e implementar adecuadamente los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información sobre elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición a fin de ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; con auditores para ayudarlos con las revisiones de los programas; y con funcionarios policiales para asistirlos respecto de las violaciones de las reglas de los programas.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y con las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por la participación en actividades de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (p. ej., lenguaje Braille, letra grande de imprenta, mensaje de audio, lenguaje americano de señas, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) a la que solicitaron los beneficios; las personas que son sordas, tienen dificultad para oír o para hablar pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación al programa, complete el Formulario de quejas por discriminación del programa de USDA (AD-3027) que se encuentra disponible en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.htm](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.htm) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione allí toda la información que se requiere en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Entregue el formulario o la carta completa al USDA mediante:

correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; o  
correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es proveedora de igualdad de oportunidades.

Solo para USO de la escuela - No escribir debajo de esta línea

**Los directivos a cargo de tomar decisiones (DO) para la escuela/el distrito DEBEN completar esta sección. (Solo convierta a ingreso anual si hay diferentes frecuencias de ingreso indicadas en el Paso 3).  
Conversión a ingreso anual: Una vez por semana X 52 ♦ Cada dos semanas X 26 ♦ Dos veces por mes X 24 ♦ Una vez por mes X 12**

- Directamente certificado según la fecha de la lista de certificación directa estatal certificada en la lista DC:  
 Familia con SNAP/TFA (**Recordatorio:** Los DO deben confirmar un número de SNAP/TFA escrito a mano)  Niño bajo cuidado tutelar  Head Start  Desamparado o fugitivo confirmado

Familia con ingresos: Ingreso de la familia total: \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

**Solicitud aprobada para:**  Comidas gratuitas  Comidas con descuento  Solicitud denegada

Fecha de envío del aviso: \_\_\_\_\_ Firma del DO: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CÓMO SOLICITAR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y CON DESCUENTO

Use estas instrucciones como ayuda para completar la solicitud de comidas escolares gratuitas y con descuento. Solo debe presentar una solicitud por familia, **incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en** [distrito escolar]. La solicitud debe completarse en su totalidad para certificar que sus hijos obtengan las comidas escolares gratuitas o con descuento. Siga estas instrucciones en orden. Cada paso de las instrucciones es el mismo que los pasos en la solicitud. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, comuníquese con [contacto de teléfono preferido y correo electrónico de la escuela/el distrito escolar].

**USE UN BOLÍGRAFO (NO UN LÁPIZ) CUANDO COMPLETE LA SOLICITUD Y HAGA LO MEJOR POSIBLE PARA ESCRIBIR CON LETRA CLARA.**

### PASO 1: HAGA UNA LISTA CON TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SEAN BEBÉS, NIÑOS Y ALUMNOS DE HASTA 12.º GRADO.

Cuéntenos cuántos bebés, niños y estudiantes en etapa escolar viven en su hogar. NO es necesario que estén emparentados con usted para que formen parte de su familia.

**¿A quién debo incluir aquí?** Cuando complete esta sección, incluya a TODOS los miembros de su familia que:

- sean niños de 18 años o menos Y estén sustentados por el ingreso de la familia;
- estén bajo su cuidado mediante un arreglo de tutela, o califiquen como desamparados o fugitivos;
- **sean alumnos que asistan a** [la escuela/el sistema escolar], **independientemente de la edad.**

<p><b>A) Incluya el nombre de cada niño.</b> Escriba en letra de imprenta el nombre de cada niño. Use una línea de la solicitud para cada niño. Cuando escriba nombres en letra de imprenta, hágalo con letra clara. Si hay más niños presentes que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel con toda la información necesaria para los niños adicionales.</p>	<p><b>B) ¿El niño es alumno del distrito?</b> Indique el nombre de la escuela, el grado y marque “Sí” o “No” debajo de la columna con el título “Alumno” para contarnos qué niños asisten a la escuela en el distrito. Si marcó “Sí”, escriba el nivel de grado del alumno en la columna “Grado”.</p>	<p><b>C) ¿Tiene niños bajo cuidado tutelar?</b> Si alguno de los niños mencionados están bajo cuidado tutelar, marque la casilla “Niño bajo cuidado tutelar” junto al nombre del niño. Si realiza la solicitud SOLO para niños bajo cuidado tutelar, tras finalizar el <b>PASO 1</b>, vaya al <b>PASO 4</b>. Los niños bajo cuidado tutelar que viven con usted pueden contar como miembros de su familia y deben incluirse en su solicitud. <i>Si realiza la solicitud para niños que están bajo cuidado tutelar, vaya al Paso 3.</i></p>	<p><b>D) ¿Hay niños desamparados, fugitivos o que participen en un Programa Head Start (programa de enseñanza preescolar para niños carenciados)?</b> Si cree que hay niños mencionados en esta sección que encajen con esta descripción, marque la casilla “Head Start o desamparado/fugitivo” junto al nombre del niño y <i>complete todos los pasos de la solicitud.</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### PASO 2: ¿HAY MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PARTICIPEN ACTUALMENTE EN SNAP O TFA?

**Si algún miembro de su familia (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los programas de asistencia mencionados a continuación, sus hijos son elegibles para recibir comidas escolares gratuitas o con descuento:**

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Temporal para Familias (TFA)

<p><b>A) Si ningún miembro de su familia participa en ninguno de los programas mencionados más arriba:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deje el <b>PASO 2</b> en blanco y vaya al <b>PASO 3</b>.</li> </ul>	<p><b>B) Si algún miembro de su familia participa en alguno de los programas mencionados más arriba:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escriba un número de caso para SNAP o TFA. Solo debe proporcionar un número de caso. Si usted participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, comuníquese con su trabajador social de DSS.</li> </ul> <p><b>Nota: No use un número de beneficios médicos de HUSKY porque este número no es un número de caso de SNAP o TFA. También se recomienda (pero no se requiere) que entregue una prueba de este número de caso de SNAP o TFA cuando entregue la solicitud para el procesamiento. La prueba NO incluye una copia de la tarjeta CONNECT.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaya al <b>PASO 4</b>.</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### PASO 3: INFORME LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

¿Cómo informo mi ingreso?

- **Use** los gráficos con los títulos “**Fuentes de ingreso para niños**” y “**Fuentes de ingreso para adultos**”, impresos en la parte posterior del formulario de solicitud, para determinar si su familia tiene ingresos que deba informar.
- Informe todos los montos en **INGRESOS BRUTOS SOLAMENTE**. Informe todos los ingresos en dólares enteros. No incluya los centavos.
  - El ingreso bruto es el ingreso total recibido antes de impuestos.
  - Muchas personas piensan en los ingresos como el monto que “se llevan a casa” y no como el monto “bruto” total. Asegúrese de que el ingreso que informe en esta solicitud **NO** se haya reducido para el pago de impuestos, primas de seguros ni cualquier otro monto tomado de su pago.
- Escriba “0” en los campos donde no haya ningún ingreso para informar. Los campos de ingresos que se dejen vacíos o en blanco también se contarán como ceros. Si escribe “0” o deja un campo en blanco, certifica (promete) que no hay ningún ingreso para informar. Si los directivos locales sospechan que el ingreso de su familia se informó de manera incorrecta, su solicitud se investigará.
- Marque con qué frecuencia se recibe cada tipo de ingreso utilizando las casillas de verificación a la derecha de cada campo.

**3.A. INFORME LOS INGRESOS OBTENIDOS POR LOS NIÑOS**

**A) Informe todos los ingresos obtenidos o recibidos por los niños.** Informe los ingresos brutos combinados de TODOS los niños de su familia mencionados en el PASO 1, en la casilla marcada con “Ingresos de niños”. Solo cuente el ingreso de los niños bajo cuidado tutelar si realiza la solicitud para ellos junto con la de los demás miembros de su familia.

**¿Qué es el ingreso de niños?** El ingreso de niños es dinero que se recibe de afuera de la familia y que se paga DIRECTAMENTE a sus hijos. Muchas familias no reciben ningún ingreso de niños.

**3.B INFORME LOS INGRESOS OBTENIDOS POR LOS ADULTOS**

**¿A quién debo incluir aquí?**

- Cuando complete esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos de su familia que viven con usted y comparten sus ingresos y gastos, **incluso si no están emparentados e incluso si no reciben ingresos propios.**
- **NO incluya:**
  - A las personas que viven con usted, pero no están sustentadas por el ingreso de su familia Y no contribuyen con ingresos a su familia.
  - A los bebés, niños y estudiantes que ya estén incluidos en el **PASO 1.**

**B) Haga una lista de los nombres de los miembros adultos de su familia.** Escriba en letra de imprenta el nombre de cada miembro de la familia en las casillas marcadas con “Nombres de los miembros adultos de la familia (nombres y apellidos)”. **No incluya los miembros de la familia que incluyó en el PASO 1.** Si un niño mencionado en el **PASO 1** tiene ingresos, siga las instrucciones en el **PASO 3, parte A.**

**C) Informe los ingresos por trabajo.** Informe todos los ingresos por trabajo en el campo “Ingresos por trabajo” en la solicitud. Este suele ser el dinero que se recibe al trabajar. Si usted es propietario de un comercio o una granja independiente, informará su ingreso neto.

**¿Qué sucede si tengo un trabajo independiente?** Informe los ingresos de ese trabajo como un monto neto. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su negocio de sus recibos o ingresos brutos.

**D) Informe los ingresos de asistencia pública/manutención de menor/pensión alimenticia.** Informe todos los ingresos que correspondan en el campo “Asistencia pública/manutención de menor/pensión alimenticia” de la solicitud. **No informe el valor en efectivo de ningún beneficio de asistencia pública que NO se incluya en el gráfico.** Si el ingreso se recibe de una pensión alimenticia o manutención de menor, informe solamente los pagos impuestos por orden judicial. Los pagos informales, pero regulares, deben informarse **como** “otros” ingresos en la parte siguiente.

**E) Informe los ingresos de pensiones/jubilación/todos los demás ingresos.** Informe todos los ingresos que correspondan en el campo “Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos” de la solicitud.

**F) Informe el tamaño total de la familia.** Ingrese el número total de miembros de la familia en el campo “Miembros de la familia totales (niños y adultos)”. Este número DEBE ser igual al número de miembros de la familia mencionados en el **PASO 1** y en el **PASO 3.** Si hay miembros de su familia que no haya mencionado en la solicitud, vuelva atrás y agréguelos. Es muy importante mencionar a todos los miembros de la familia, porque el tamaño de su familia afecta su elegibilidad para comidas gratuitas y con descuento.

**G) Proporcione los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social.** Un miembro adulto de la familia debe ingresar los últimos cuatro dígitos del número de seguro social en el espacio provisto. Usted es elegible para solicitar beneficios incluso si no tiene número de seguro social. Si ningún miembro adulto de la familia tiene un número de seguro social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha etiquetada “Seleccionar si no tiene un SSN”.

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO.**

**Todas las solicitudes deben estar firmadas por un miembro adulto de su familia. Al firmar la solicitud, ese miembro de la familia promete que toda la información se informó de manera fidedigna y completa. Antes de completar esta sección, asegúrese de haber leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles que se encuentran en la parte posterior de la solicitud.**

**A) Proporcione su información de contacto.** Escriba su dirección actual en los campos provistos si esta información está disponible. Si no tiene una dirección permanente, esto no implica que sus hijos no sean elegibles para comidas escolares gratuitas o con descuento. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico o ambos es opcional, pero nos ayuda a localizarlo rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.

**B) Escriba su nombre en letra de imprenta y estampe su firma.** Escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que firma la solicitud y dicho adulto deberá firmar en la casilla “Firma del adulto”.

**C) Escriba la fecha de hoy.** En el espacio provisto, escriba la fecha de hoy en la casilla.

**D) Comparta las identidades raciales y étnicas de los niños (opcional).** En la parte posterior de la solicitud, le pedimos que comparta información sobre la raza y la etnia de sus hijos. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas escolares gratuitas o con descuento.

## Preguntas frecuentes sobre

### LAS COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y CON DESCUENTO

Estimados padres/tutores:

Para que puedan aprender de la mejor manera, los niños necesitan comer comidas saludables. **Las escuelas primaria y secundaria de Daisy Ingraham** ofrecen comidas saludables todos los días. El desayuno cuesta **\$1.25, \$1.50 y \$1.55** y el almuerzo cuesta **\$2.50, \$2.75 y \$3.00. Sus hijos pueden calificar para obtener comidas gratuitas o comidas con descuento.** El precio con descuento es de \$0.30 para el desayuno y de \$0.40 para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud de beneficios de comidas gratuitas o con descuento e instrucciones detalladas.

NOTA: Los niños que reciben los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de la Asistencia Temporal para Familias (TFA) pueden ser certificados directamente y ser elegibles automáticamente para obtener comidas gratuitas sin la necesidad de solicitar los beneficios. Las preguntas relacionadas con SNAP/TFA y la certificación directa deben enviarse a la directiva a cargo de tomar decisiones Cindi Good (n.º de teléfono 860-399-6214). Si recibió un AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA para comidas gratuitas, no complete la solicitud. Hágale saber a la escuela si alguno de los niños de su familia no están mencionados en la carta del Aviso de certificación directa que recibió.

Las respuestas a las preguntas comunes que se encuentran a continuación pueden ayudarlo con el proceso de solicitud.

#### 1. ¿Quién puede obtener comidas gratuitas o con descuento?

- Todos los niños de familias que reciban los beneficios de SNAP o TFA son elegibles para obtener comidas gratuitas.
- Los niños bajo cuidado tutelar que se encuentren bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado tutelar o de un juzgado son elegibles para obtener comidas gratuitas.
- Los niños que participan en el programa Head Start de su escuela son elegibles para obtener comidas gratuitas.
- Los niños que se definen como desamparados o fugitivos son elegibles para obtener comidas gratuitas.
- Los niños pueden recibir comidas gratuitas o con descuento si el ingreso de su familia se encuentra dentro de los límites de las Pautas de elegibilidad sobre ingresos federales. Sus hijos pueden calificar para obtener comidas gratuitas o con descuento si el ingreso de su familia se encuentra dentro de los límites o por debajo de los límites en este gráfico:

Gráfico de ingresos federales reducidos para elegibilidad Vigente desde el 1 de julio de 2016 hasta el 30 de junio de 2017			
Tamaño de la familia	Anualmente	Mensualmente	Semanalmente
1	\$21,978	\$1,832	\$423
2	29,637	2,470	570
3	37,296	3,108	718
4	44,955	3,747	865
5	52,614	4,385	1,012
6	60,273	5,023	1,160
7	67,951	5,663	1,307
8	75,647	6,304	1,455
Cada persona adicional	+7,696	+642	+148

2. **¿Cómo sé si mis hijos califican como desamparados o fugitivos?** ¿Los miembros de su familia no tienen una dirección permanente? ¿Están viviendo juntos en un refugio, hotel u otra vivienda temporal? ¿Su familia se muda por temporada? ¿Hay niños viviendo con usted que hayan elegido abandonar a sus familias o viviendas anteriores? Si cree que sus hijos encajan con estas descripciones y no le han dicho que sus hijos obtendrán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a **Madeline Illinger (n.º de teléfono: 860-399-7925).**

3. **¿Debo completar una solicitud para cada niño?** No. Complete solo *una*: La *solicitud de comidas escolares gratuitas y con descuento* para todos los estudiantes en su familia. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, por lo tanto, asegúrese de completar toda la información requerida. Devuelva la solicitud completa a la **escuela de su hijo(a)**.
4. **¿Debo completar una solicitud si recibí una carta este año escolar en la que me informan que mis hijos ya fueron aprobados para recibir comidas gratuitas?** No, pero lea la carta atentamente y siga las instrucciones. Si no se incluyó a alguno de los niños de su familia en la notificación de elegibilidad, comuníquese de inmediato con **Cindi Good al 860-399-6214**.
5. **La solicitud de mi hijo(a) fue aprobada el año pasado. ¿Debo completar una nueva?** Sí. La solicitud de su hijo(a) es válida únicamente para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Debe enviar una nueva solicitud a menos que le informen de la escuela que su hijo(a) es elegible para el nuevo año escolar.
6. **Soy beneficiaria del programa Women, Infants, and Children (WIC). ¿Mis hijos pueden obtener comidas gratuitas?** Los niños de familias que participen en el programa WIC pueden ser elegibles para obtener comidas gratuitas o con descuento. Envíe la solicitud.
7. **¿Se verificará la información que brindo?** Sí. Es probable que también le pidamos que nos envíe una prueba por escrito del ingreso de la familia que usted informe.
8. **Si no califico ahora, ¿puedo realizar la solicitud más tarde?** Sí, puede realizar la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, un niño con un padre, una madre o un tutor que pierde su empleo puede volverse elegible para obtener comidas gratuitas y con descuento si el ingreso de la familia pasa a estar por debajo del límite de ingresos.
9. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela respecto de mi solicitud?** Debería hablar con los directivos de la escuela. También puede solicitar una audiencia escribiendo a **Patricia Ciccone, superintendente, 158 McVeagh Road, Westbrook, CT 06498** o a **pciccone@westbrookctschools.org**, o llamando al **860-399-6432**.
10. **¿Puedo realizar la solicitud si una persona de mi familia no es un ciudadano de los EE. UU.?** Sí. Usted, sus hijos u otros miembros de su familia no deben ser ciudadanos de los EE. UU. para poder solicitar las comidas gratuitas o con descuento.
11. **¿Qué sucede si mis ingresos no son siempre los mismos?** Indique el monto que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1,000 por mes, pero el mes pasado trabajó menos y solo ganó \$900, indique que gana \$1,000 por mes. Si normalmente trabaja en horas extra, inclúyalo, pero no lo haga si solo trabaja en horas extra algunas veces. Si perdió el trabajo o le redujeron las horas o el salario, utilice su ingreso actual.
12. **¿Qué sucede si algunos miembros de la familia no tienen ingresos para informar?** Es probable que los miembros de la familia no reciban determinados tipos de ingresos que le pedimos que informe en la solicitud, o que no reciban ningún tipo de ingreso. Cuando esto ocurra, escriba "0" en el campo. Sin embargo, los campos de ingresos que se dejen vacíos o en blanco también se contarán como ceros. Tenga cuidado cuando deje campos de ingresos en blanco porque asumiremos que lo hizo intencionalmente.

13. **Formamos parte de las fuerzas militares. ¿Debemos informar nuestros ingresos de un modo diferente?** Su sueldo básico y sus bonificaciones en efectivo deben informarse como ingresos. Si recibe dinero en efectivo para una vivienda fuera de la base, comida o ropa, o recibe pagos por Subvención familiar complementaria, estos también deben incluirse como ingresos. No obstante, si su vivienda es parte de la Iniciativa de privatización de viviendas para militares, no debe incluir su dinero para vivienda como ingreso. Cualquier pago por combate adicional como resultado del despliegue militar también se excluye de los ingresos.
14. **¿Qué sucede si no hay espacio suficiente para mi familia en la solicitud?** Haga una lista con los miembros de la familia adicionales en una hoja de papel separada y adjúntela a su solicitud. Comuníquese con la escuela de su hijo(a) para recibir una segunda solicitud.
15. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas para los que podríamos presentar una solicitud?** Para conocer los detalles acerca de cómo presentar una solicitud de beneficios de SNAP y cómo comunicarse con la oficina del Departamento de servicios sociales de su ciudad, comuníquese con el número de referencia gratuito de United Way 2-1-1 (llamada gratuita en todo el estado).

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al **860-399-621**.

Atentamente,

**Cindi Good, FSD**

---

**Declaración de no discriminación:** A continuación se explica qué debe hacer si cree que ha sido tratado injustamente. De conformidad con la ley federal de derechos civiles y con las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por la participación en actividades de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (p. ej., lenguaje Braille, letra grande de imprenta, mensaje de audio, lenguaje americano de señas, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) a la que solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultad para oír o para hablar pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación al programa, complete el Formulario de quejas por discriminación del programa de USDA (AD-3027) que se encuentra disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_jiling\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_jiling_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione allí toda la información que se requiere en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Entregue el formulario o la carta completa al USDA mediante:

- (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SJV  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: programa, [intake@usda.gov](mailto:intake@usda.gov).

Esta institución es proveedora de igualdad de oportunidades.