Estimado Padre o tutor:

Su hijo(a) ha sido aprobado para comidas gratuitas o a precio reducido debido a la participación en los programas de Medicaid.

Nombre(s) de los niños:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

No es necesario que envíe una solicitud de comida.

Si usted siente que otros estudiantes en el hogar pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o si usted no desea que su hijo reciba comidas gratis, por favor póngase en contacto con     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si su hijo(a) está aprobado para beneficios de alimentos, están aprobados para todo el año escolar.

Su(s) hijo(s) podrán calificar por otros beneficios escolares u otros beneficios del estado o programas federales escolares. Al proporcionar una copia del "Aviso de elegibilidad para comidas gratis" a la oficina de la escuela verificará la elegibilidad para ciertos programas para su(s) hijo(s) que puede calificar. Póngase en contacto con la oficina de la escuela para obtener más información acerca de los programas individuales.

Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y programas de nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, los auditores para exámenes de programas, y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar violaciones a las reglas del programa.

Atentamente,

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

Nombre Título Fecha

**NO DISCRIMINACIÓN**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

**(1)correo: (2)fax: (3)correo electrónico:**

U.S. Department of Agriculture (833)256-1665 o (202) 690-7442; o program.intake@usda.gov

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410; or

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.