

Hemos verificado su solicitud

Fecha: _____

Estimado/a: _____

Hemos revisado la información que nos envió para comprobar que:

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO O LA NIÑA			
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

califica(n) para recibir alimentos gratuitos o a precio reducido y se ha determinado que:

- La elegibilidad de su(s) niño(s) no ha cambiado.
- A partir del _____, se cambiará la elegibilidad de su(s) hijo(s) para los alimentos **de precio**
Fecha (de 1 a 3 días hábiles)

reducido a gratuito porque sus ingresos caen dentro del límite de elegibilidad para almuerzos gratuitos. Su(s) hijo(s) recibirá(n) alimentos sin ningún costo.

- A partir del** _____, se cambiará la elegibilidad de su(s) hijo(s) para los alimentos **de**
Fecha (10 días naturales)
gratuito a precio reducido debido a que sus ingresos sobrepasan el límite. Los alimentos a precio reducido cuestan _____ para el almuerzo y _____ para el desayuno.

- A partir del _____, **su(s) hijo(s) ya no será(n) elegible(s)** para alimentos gratuitos o a precio
Fecha (10 días naturales)
reducido por las siguientes razones:

- Los registros muestran que nadie en su hogar recibió SNAP/TANF. Puede volver a solicitarlo con base en elegibilidad de ingresos.
- Los registros muestran que los niños no son niños sin hogar, fugitivos, migrantes o Head Start.
- Sus ingresos sobrepasan el límite para alimentos gratuitos o a precio reducido.
- No proporcionó: _____
- No respondió a nuestra solicitud.

Los alimentos cuestan _____ para el almuerzo y _____ para el desayuno. Si los ingresos de su hogar bajan o el número de personas en su hogar sube, pueden volver a presentar una solicitud. Si usted no proporcionó pruebas de su elegibilidad actual, se le volverán a pedir si vuelve a presentar una solicitud.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablarlo con _____ al _____.
Nombre Teléfono con código de área

También tiene derecho a una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia antes del _____, su(s) hijo(s) seguirá(n)
Fecha

recibiendo alimentos gratuitos o a precio reducido hasta que el oficial de audiencias tome una decisión. Puede solicitar una audiencia

llamando o escribiendo al:

Nombre Teléfono con código de área

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Atentamente,

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información solicitada para verificar que su(s) hijo(s) califica(n) para la alimentación gratuita o a precio reducido. Si usted no proporciona la información o proporciona información incompleta, su(s) hijo(s) podría(n) dejar de recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido. Declaración de no discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado/a de manera injusta. Conforme a las leyes federales sobre derechos civiles y los reglamentos y las políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar con base en la raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad de una persona o tomar represalias por actividad anterior en defensa de sus derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo: Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Los individuos que son sordos o tienen dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden contactar a USDA por medio del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de quejas por discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario completo o carta al USDA por los siguientes medios: (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de oportunidades igualitarias.