Utilice la tecla "Mouse " o "Tab " para desplazarse por los campos y casillas de verificación. Después de completar el último campo, guarde el documento en el disco duro para realizar futuras actualizaciones o haga clic en el botón Imprimir.

Illinois
State Board of
Education
100 North First Street
Springfield, Illinois 62777-0001

EJEMPLO DE CARTA DE NOTIFICACIÓN - CERTIFICACIÓN DIRECTA DE MEDICAID ELEGIBLE PRECIO REDUCIDO

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN

Fecha: _____

Estimado padre/tutor:

Cada uno de los estudiantes identificados a continuación es aprobado automáticamente para las comidas escolares a Precio-Reducido para el año escolar actual en base a su elegibilidad para Medicaid elegible por ingresos (Income Eligible Medicaid).

Nombre del Estudiante	Grado	Fuente de Asistencia	Nombre de la Escuela

No se necesita ninguna otra acción para recibir comidas elegibles a precio reducido en la escuela para los estudiantes inscritos. Sin embargo, si su hogar puede calificar para comidas gratuitas según el tamaño y los ingresos del hogar, complete la Solicitud de Elegibilidad del Hogar para comidas gratuitas o a precio reducido adjuntas. Una vez enviado, recibirá una notificación adicional si el(los) estudiante(s) califica para mayores beneficios. **Si no desea que su hijo reciba beneficios de comida a precio reducido**, complete completamente la información en el cuadro a continuación y regrese a la oficina de la escuela a más tardar _____.
(Insertar fecha)

Si tiene estudiantes en su hogar que no figuran en la lista anterior, comuníquese con esta oficina al número de teléfono que se proporciona a continuación lo antes posible. NO se necesita una solicitud de elegibilidad familiar; los beneficios de comidas a precio reducido se extenderán a todos los niños que residen en el mismo hogar.

☐ NO quiero que mi(s) hijo(s), según la lista anterior, reciba(n) beneficios de comidas a precio reducido.

_____ _____
Fecha Firma del padre o tutor

Si alguna de la información enumerada anteriormente es incorrecta, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con esta oficina en (_____) _____.

_____ _____
Nombre Título

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los EE. UU. Regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el USDA. CENTRO TARGET 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 de discriminación del programa, un reclamante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja de discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, en cualquier oficina del USDA, por llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario. para los Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse 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; or
2. **fax:**
   (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **correo electrónico:**
   program.intake@usda.gov

Imprimir Restablecer