

**Notificación de aprobación o negación
para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido
Año escolar _____**

Estimado padre o tutor:

Fecha: _____

____ La solicitud para beneficios de comidas escolares para su hijo o hijos está aprobada a partir de _____ (fecha) para:

____ Comidas escolares gratuitas

____ Comidas escolares a precio reducido. Las comidas se proporcionan sin costo alguno para usted según lo dispuesto por la ley estatal.

Su hijo o hijos pueden haber recibido comidas escolares sin costo antes de la fecha indicada arriba si estaban aprobados para recibir beneficios para comidas el pasado año escolar.

____ La solicitud de beneficios de comidas escolares para su hijo o hijos se negó debido a que:

____ El ingreso total del hogar es más de la cantidad permitida.

____ Su solicitud está incompleta. Por favor complete y devuelva la solicitud adjunta. Falta la siguiente información:

____ Nombres de todos los miembros del hogar.

____ Las fuentes de ingresos de cada miembro del hogar.

____ Firma de un miembro adulto de la familia.

____ Los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social de la persona que firma la solicitud, o la indicación de que la persona no tiene número de Seguro Social.

____ Otro: _____

Si usted tiene niños en la guardería en una escuela con un programa de desayuno, los niños recibirán desayunos gratis según lo dispuesto por la ley estatal.

Usted puede volver a solicitar los beneficios de comidas escolares en cualquier momento durante el año escolar. Debe volver a solicitar con el fin de saber si es elegible para beneficios de comidas escolares si se queda sin empleo, o de otra manera tiene una disminución en los ingresos del hogar, o si hay un aumento en el tamaño de su familia.

Si no está de acuerdo con esta negación, puede discutirlo con:

Contacto de la escuela

Número telefónico

Si desea revisar la decisión con más detalles, usted tiene derecho a una audiencia justa. Esto se puede hacer llamando a:

Oficial de audiencias

Número telefónico

Cordialmente,

(Oficial del Distrito)

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza por cualquier actividad de derechos civiles en el pasado en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

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

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (Formulario de Queja de discriminación del Programa de 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. Envíe el formulario completado o la carta al USDA a: (1) Por correo a U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410, o (2) por fax al (202) 690-7442; o (3) por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.