

Estimado padre/tutor legal:

Los niños necesitan comidas saludables para poder aprender. Madison Consolidated Schools ofrece comidas saludables todos los días de escuela. El desayuno cuesta 0; el almuerzo cuesta \$2.50/\$2.70 **Sus hijos pueden reunir los requisitos para acceder al beneficio de comidas gratuitas o a precio reducido.** El precio reducido es de 0 para el desayuno, y de 40 cents para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para acceder a los beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido, y una serie de instrucciones detalladas. A continuación, se incluyen preguntas y respuestas comunes para ayudarlo en el proceso para determinar la elegibilidad de su hijo.

1. ¿QUIÉN PUEDE ACCEDER AL BENEFICIO DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en hogares que reciban beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), son elegibles para acceder al beneficio de comidas gratuitas.
- Los niños bajo custodia tutelar que estén bajo la responsabilidad legal de un tribunal o agencia de custodia tutelar son elegibles para acceder al beneficio de comidas gratuitas.
- Los niños que participan en el programa *Head Start* de su escuela son elegibles para acceder al beneficio de comidas gratuitas.
- Los niños que reúnen los requisitos de la definición de niño sin hogar, migrantes o sin residencia fija son elegibles para acceder al beneficio de comidas gratuitas.
- Los niños pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso bruto de su hogar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Elegibilidad por Ingresos. Sus hijos pueden reunir los requisitos para acceder al beneficio de comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su hogar está dentro o por debajo de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS para el año escolar 2024-25			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	27,861	2,322	536
2	37,814	3,152	728
3	47,767	3,981	919
4	57,720	4,810	1,110
5	67,673	5,640	1,302
6	77,626	6,469	1,493
7	87,579	7,299	1,685
8	97,532	8,128	1,876
Por cada persona adicional:	+9,953	+830	+192

2. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS REÚNEN LOS REQUISITOS DE NIÑO SIN HOGAR, SIN RESIDENCIA FIJA O MIGRANTES? ¿Carecen los miembros de su hogar de un domicilio permanente? ¿Están alojados en un refugio, hotel, o algún otro lugar de residencia temporal? ¿Se muda su familia cada temporada? ¿Vive algún niño con usted que haya decidido abandonar a su familia u hogar anterior? Si considera que los niños de su hogar reúnen estas descripciones y no le han informado que los niños recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a Judy Brooks @ 812-274-8108.

Atentamente,

Judy Brooks
Food Service Coordinator

CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

Siga estas instrucciones para ayudarse a completar la solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido. Solo es necesario presentar una solicitud por hogar, incluso si sus niños/as asisten a más de una escuela en el Madison Consolidated Schools

La solicitud debe completarse en su totalidad para determinar la elegibilidad de su(s) niños/as para recibir comidas escolares sin costo o a precio reducido. ¡Siga estas instrucciones en orden! Todos los pasos de las instrucciones son los mismos que los de su solicitud. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, comuníquese con **Judy Brooks, 2421 Wilson Ave. 812-274-8108** jbrooks@madison.k12.in.us

Use un bolígrafo (no un lápiz) al completar la solicitud y haga todo lo posible por escribir con letra de imprenta clara.

PASO 1: Enumere a TODOS los niños/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado

Diganos cuántos bebés, niños/as pequeños, niños/as que no van a la escuela y estudiantes de primaria, secundaria o preparatoria viven en su hogar. NO tienen que ser familiares suyos para formar parte de su hogar. ¿A quién debo mencionar aquí? Cuando complete esta sección, incluya a TODOS los miembros de su hogar que son:

- niños/as de 18 años o menos y reciban sustento con los ingresos del hogar;
- niños/as bajo su cuidado en virtud de un acuerdo formal de cuidado foster a través de un tribunal o de una agencia estatal o local, o que cumplan los requisitos para ser considerados menores sin hogar, migrantes o que huyeron del hogar;
- estudiantes que asisten, independientemente de su edad, a Madison Consolidated Schools

A) Mencione el nombre de cada niño/a. Escriba en letra de molde el nombre de cada niño/a. Use una línea de la solicitud para cada niño/a. Cuando anote los nombres, llene cada casilla. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más niños/as presentes que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel (o una segunda solicitud si se completa electrónicamente) con toda la información requerida para los niños/as adicionales. Esto también se aplica a los adultos en el Paso 3. "MI" es la abreviatura de la inicial del segundo nombre. Escriba en el recuadro la primera letra del segundo nombre de cada niño/a.

B) ¿El niño/a es estudiante?
En caso afirmativo, escriba el grado del alumno en la columna "Grado" de la derecha.
Para los estudiantes, también complete la sección "Solo para Estudiantes" incluyendo el nombre del edificio/escuela, la fecha de nacimiento, y si el estudiante vive con el padre o tutor.

C) ¿Tiene algunos niños/as que son foster children? Si alguno de los niños/as que aparecen en la lista es un foster child, marque la casilla "foster child" junto al nombre del niño/a. Si SOLO solicita para niños/as que son foster children, después de terminar el **Paso 1**, continúe al **Paso 4**.

Los niños/as que son foster children que viven con usted pueden considerarse miembros de su hogar y deben incluirse en la solicitud. Si presenta una solicitud tanto para niños/as que son foster children y que no son foster children, continúe al Paso 3.

Nota: Los niños/as adoptados no se consideran un foster child. Un foster child es un niño/a menor de edad bajo custodia estatal que se asigna a un adulto autorizado por el estado y que cuida al niño/a en lugar de su padre, madre o tutor legal.

D) ¿Hay niños/as sin hogar, migrantes o que huyeron del hogar? Si cree que alguno de los niños/as incluidos en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla "sin hogar, migrante o huyó del hogar" junto al nombre del niño/a y complete todos los pasos de la solicitud. La condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar debe confirmarse con el personal del programa correspondiente. Si el distrito escolar no puede confirmar que el estudiante en esta solicitud tiene la condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar, entonces el distrito escolar se comunicará con usted para completar una solicitud basada en los ingresos. Puede elegir proporcionar la información sobre sus ingresos ahora para evitar que el distrito escolar tenga que comunicarse con usted más adelante.

Fuentes de ingresos de los adultos		
Garancias del trabajo	Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención de niño	Pensiones/Jubilación/Cualquier otro ingreso
Ingreso bruto del sueldo, salario, bonos en efectivo Ingreso neto de emprendimientos propios (granja o negocio)	Beneficios de desempleo - Indemnización por accidentes de trabajo - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local Pago de pensiones alimenticias - Pago de manutención infantil Beneficios para veteranos - Subsidios de huelga	- Seguro Social (incluidos beneficios por neurocontosis y jubilaciones para empleados ferroviarios) - Pensiones privadas o por discapacidad - Ingresos periódicos de fideicomisos o patrimonios - Anualidades - Ingresos por inversiones - Interés devengado - Ingreso por alquileres - Pagos periódicos en efectivo provenientes de fuentes externas
Si usted está en el Servicio Militar: Sueldo básico y bonos en efectivo (no incluir el sueldo de combate, FSSA o asignaciones de la iniciativa de Privatización de Viviendas) Asignaciones para viviendas fuera de la base militar, alimentos y vestimenta.		

3-A. INFORMAR INGRESO PERCIBIDO POR LOS ADULTOS

¿A quién debo mencionar aquí?

- Al completar esta sección, incluya a **TODOS** los miembros adultos de su hogar que vivan con usted y compartan ingresos y gastos, aunque no sean familiares y aunque no perciban ingresos propios.
- **NO incluya:**
 - o Personas que viven con usted, pero no reciben sustento con los ingresos de su hogar Y no aportan ingresos a su hogar.
 - o Bebés, niños/as y estudiantes ya mencionados en el **Paso 1**.

1) Mencione los nombres de los miembros adultos del hogar.

Escriba el nombre de cada miembro del hogar en las casillas "Nombres de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)". Incluya a los estudiantes universitarios, a menos que declaren sus impuestos de manera independiente (todos los estudiantes universitarios se consideran adultos). No incluya a ninguno de los miembros del hogar mencionados en el Paso 1.

2) Mencione los ingresos por trabajo. Indique todos los ingresos por trabajo en el campo "Ingresos por trabajo" de la solicitud. Se trata generalmente del dinero recibido por empleos. Si trabaja por cuenta propia o es propietario de una granja, declarará sus ingresos netos. Los ingresos netos son los ingresos después de restar los impuestos y las deducciones.

- **¿Y si tengo varios trabajos?** Mencione cada trabajo por separado escribiendo su nombre y los ingresos de cada uno en una línea nueva. Agregue una hoja de papel adicional si es necesario.
- **¿Qué pasa si trabajo de manera autónoma?** Indique los ingresos de su empresa como importe neto. Este importe neto se calcula restando los gastos totales de su empresa de sus recibos brutos (ingresos). Los ingresos

3) Mencione los ingresos procedentes de asistencia pública, pensión alimenticia, manutención de menores.

Indique todos los ingresos que apliquen en el campo de "Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención" de la solicitud. No informe el valor en efectivo de ninguna prestación de asistencia pública que NO aparezca en el cuadro. Si los ingresos provienen de la manutención de menores o de una pensión alimenticia, declare únicamente los pagos ordenados por el tribunal. Los pagos informales pero regulares deben consignarse como "otros" ingresos en la siguiente parte.

<p>A) Proporcione su información de contacto. Escriba su dirección postal actual en los campos previstos, si tiene esta información. Si no tiene dirección permanente, está bien. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico, o ambos, es opcional, pero nos ayuda a localizarle rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.</p>	<p>B) Escriba y firme con su nombre y la fecha de hoy. Escriba en letra de molde el nombre del adulto que firma la solicitud y esa persona debe firmar en la casilla "Firma del adulto"</p>	<p>C) Envíe por correo la solicitud completa a: Madison Consolidated Schools 2421 Wilson Ave. Madison Indiana 47250</p>
<p>PASO 5: OTROS BENEFICIOS— OPCIONAL</p>		
<p>Esta divulgación es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para acceder a los beneficios de comidas escolares gratuitas o a precio reducido.</p>		
<p>A) Asistencia para libros de textos Si desea recibir asistencia para libros de texto, marque 'Sí' y luego lea, firme y fecha la sección a la derecha. Si no desea recibir asistencia para libros de texto, marque 'No.'</p>	<p>B) Divulgación de Hoosier Healthwise Si usted desea divulgar la elegibilidad de su hijo para acceder al beneficio de comidas escolares gratuitas o a precio reducido para calificar para el seguro médico gratuito o de bajo costo en virtud de Medicaid o Hoosier Healthwise, firme y fecha esta sección.</p>	<p>C) Comparta las identidades raciales y étnicas de los niños/as (opcional). En la página 2 de la solicitud, le pedimos que comparta información sobre la raza y el origen étnico de los niños/as. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Esta información se solicita únicamente con el fin de determinar el cumplimiento por parte del estado de las leyes federales de derechos civiles y su respuesta no afectará a la consideración de su solicitud, y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. Al proporcionar esta información, nos ayudará a garantizar que este programa se administre de forma no discriminatoria.</p>

Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido 2024-2025

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:**DEVUÉLVALA A:****DIRECCIÓN:**

Las instrucciones para cada paso, incluidos ejemplos de ingreso se pueden encontrar en la Carta e Instrucciones para Padres.

PASO 1 Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12° grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar.

El primer nombre del niño/a	MI Inicial	Apellido(s) del niño/a	Grado	Marque todas las opciones	Foster Child	Migrante	Huyó del hogar	Sin hogar	Solo para Estudiantes	Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento	¿Vive con un padre o pariente cuidador?			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Si	No		
					<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"/>		

PASO 2

¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

NO → Continúe al PASO 3.Sí → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.**NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS [EBT, por sus siglas en inglés].**
Escriba solo un número de caso en este espacio.
PASO 3 Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)**A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo).** Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia se reciben?					Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención	¿Con qué frecuencia se reciben?					Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia se reciben?					
		Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual mente	Anualme nte		Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual mente	Anualme nte		Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual mente	Anualme nte	
	\$	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

Marque si no tiene número de Seguro Social: **B. Ingresos de los niño/as**

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

Ingresos de los niño/as	¿Con qué frecuencia se reciben?				
	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A:

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que, si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

Dirección postal (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono (opcional)

Correo electrónico (opcional)

PASO 5 Otros beneficios: No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comida gratuitas o a precio reducido.

¿Desea recibir **ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO?**
 Si Si la respuesta es Sí, firme a la derecha →
 NO

Certifico que soy el padre/tutor legal del/del niño(s) respecto del/de los cual(es) se presenta esta solicitud. Mi firma autoriza la divulgación de la información de esta solicitud para recibir la asistencia para libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad sólo para este fin. La información de esta solicitud se compartirá con la Administración para la Familia y los Servicios Sociales de Indiana conforme a las secciones 20-33-5-2 y 12-14-28-2 del Código de Indiana, sólo a los efectos de cumplir con el TITULO 45, PARTES 260 Y 265, del Código de Reglamentos Federales.

Firma del adulto que completa el formulario _____ Fecha de hoy _____

Para uso exclusivo de la escuela:
 Aprobada
 Negada
 No Corresponde

La información de esta solicitud puede ser divulgada a la Administración para la Familia y los Servicios Sociales con el fin de identificar a los niños que pueden ser elegibles para acceder al seguro médico gratuito o a costo reducido en virtud de **Medicaid** o **Hoosier Healthwise**. Si desea que la información de esta solicitud sea divulgada a tal efecto, firme a continuación. Certifico que soy el padre/tutor legal de los niños respecto de los cuales se presenta esta solicitud. Autorizo la divulgación de la información a tal efecto. **Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-866-408-6131.**

Firma del adulto que completa el formulario _____ Fecha de hoy _____

OPCIONAL Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción): Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza)
 Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más opciones): Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco

Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. *No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

NO LLENAR Solo para uso de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income:	How often received?					Household Size:	Categorical Eligibility <input type="checkbox"/>	Eligibility Determination			_____	_____
	Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual			Free	Reduced	Denied		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Determining Official's Signature	Date	

For use at verification

Confirming Official's Signature _____ Date _____ Verifying Official's Signature _____ Date _____

Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *Foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a

La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por 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.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.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:

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

FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
Correo electrónico: Program.Intake@usda.gov

*** No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.**

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades