

LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON MEDICAID/SCHIP

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precios reducidos, tal vez puedan recibir seguro médico de bajo costo a través de Medicaid o el programa estatal de seguro médico para niños State Children's Health Insurance Program (conocido como SCHIP). Los niños que tienen seguro médico tienen mayores probabilidades de obtener cuidado médico regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Como el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, *la ley nos permite informar a Medicare y SCHIP que sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, a menos que usted nos diga que no lo hagamos.* Medicaid y SCHIP usan la información únicamente para identificar a los niños que tal vez reúnan los requisitos para participar en esos programas. Los funcionarios del programa se podrían comunicar con usted para inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos no inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro médico.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o SCHIP, llene el formulario a continuación y envíelo. (Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.)



¡No! NO deseo que se comparta la información de mi Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con los programas Medicaid o State Children's Health Insurance Program.

Si marcó que no, llene lo siguiente para asegurarse de que NO se comparta la información sobre los siguientes niños:

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[phone]** o enviar un mensaje electrónico a **[e-mail address]**.

Envíe este formulario a: **[address]** a más tardar el **[date]**.

LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, se podría compartir la información que usted proporcionó en su Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con otros programas para los que sus hijos tal vez califiquen. Para los programas siguientes, tenemos que obtener su permiso para compartir la información. Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.

-
- ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school]**.
 - ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school]**.
 - ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school]**.

Si marcó cualquiera o todas las casillas anteriores, llene los blancos a continuación para asegurarse de que se comparta la información sobre los siguientes niños. Se compartirá su información únicamente con los programas que usted marcó.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[phone]** o enviar un mensaje electrónico a **[e-mail address]**.

Envíe este formulario a: **[address]** a más tardar el **[date]**.

TENEMOS QUE VERIFICAR SU SOLICITUD

Tiene que enviarnos la información que necesitamos, o comunicarse con [name] no más tarde del [date]. Si no, sus hijos dejarán de recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado/a _____:

Estamos en proceso de verificar su Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos. Las reglas federales exigen que lo hagamos para asegurarnos de que solo los niños elegibles obtengan las comidas gratuitas o a precios reducidos. Tiene que enviarnos información para comprobar que **[name(s) of child(ren)]** reúne(n) los requisitos.

De ser posible, envíe copias, no documentos originales. Si envía los documentos originales, se los devolverán únicamente si usted así lo pide.

1. SI RECIBÍA BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS **[State SNAP]**, **[State TANF]** O **[FDPIR]** CUANDO SOLICITÓ LAS COMIDAS GRATUITAS O A PRECIOS REDUCIDOS, O SI LOS HA RECIBIDO EN CUALQUIER MOMENTO DESDE ENTONCES, ENVÍENOS UNA COPIA DE UNO DE ESTOS DOCUMENTOS:

- Un Aviso de certificación (Certification Notice) de los programas **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FDPIR]** que muestre las fechas de certificación.
- Una carta de los programas **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FDPIR]** que muestre las fechas de certificación.
- No nos envíe su tarjeta de beneficios EBT.

2. SI RECIBIÓ ESA CARTA EN NOMBRE DE UN NIÑO DESAMPARADO, MIGRANTE O ENFUGA, COMUNÍQUESE CON **[school, homeless liaison, or migrant coordinator]** PARA OBTENER AYUDA.

3. SI EL NIÑO ES UN HIJO DE CRIANZA:

Proporcione documentación que verifique que el niño está bajo la tutela legal de la agencia o el tribunal, o bien provea el nombre y la información de contacto de una persona en la agencia o el tribunal que pueda verificar que el niño es un hijo de crianza.

4. SI NINGÚN MIEMBRO DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS **[State SNAP]**, **[State TANF]** O **[FDPIR]**:

Envíe esta página con documentos que muestren el monto de dinero que su unidad familiar recibe de cada fuente de ingresos. Los documentos que envíe tienen que mostrar el **nombre** de la persona que recibió el ingreso, la **fecha** en que se recibió, **cuánto** se recibió y **qué tan frecuentemente** se recibió. Envíe la información a: **[address]**

Entre los documentos aceptables se incluyen:

EMPLEOS: Talonario de nómina o sobre de paga que muestre el monto y la frecuencia de paga; una carta del empleador que diga el sueldo bruto y la frecuencia con que le pagan; o, si trabaja por cuenta propia, documentos del negocio o la granja, como un libro mayor o registros fiscales.

SEGURO SOCIAL, PENSIONES O JUBILACIÓN: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, estado de cuenta de los beneficios recibidos o aviso de concesión de una pensión.

DESEMPLEO, DISCAPACIDAD O COMPENSACIÓN A TRABAJADORES: Aviso de elegibilidad de la oficina estatal de seguridad de empleo, talonario de cheque o carta de la oficina de compensación a trabajadores.

PAGOS DE BENEFICENCIA PÚBLICA: Carta de beneficios de la oficina del programa **[State TANF]**.

MANUTENCIÓN DE MENORES O PENSIÓN ALIMENTICIA: Orden de un tribunal, acuerdo o copias de los cheques recibidos.

OTROS INGRESOS (COMO INGRESOS DE INMUEBLES DE ALQUILER): Información que muestre el monto de ingresos recibidos, la frecuencia y la fecha.

NO TIENE INGRESOS: Una explicación breve de cómo provee alimentos, ropa y vivienda para su unidad familiar y cuándo espera tener algún ingreso.

INICIATIVA DE VIVIENDAS PARA MILITARES MILITARY HOUSING PRIVATIZATION INITIATIVE: Carta o contrato de alquiler que muestre que su vivienda es parte de la iniciativa **Military Housing Privatization Initiative**.

PERÍODO ACEPTABLE DE LA DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS: Presente prueba de los ingresos de un mes. Puede usar el mes previo a la solicitud, el mes de la solicitud o cualquier otro mes después de esa fecha.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a **[name]** al **[phone number]**. La llamada es gratuita. **[Toll free or reverse charge explanation]**. También puede comunicarse con nosotros por correo electrónico a la dirección **[e-mail address]**.

Atentamente,

[signature]

La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del 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 Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer implementación de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

La política de no discriminación vigente lee como sigue:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del departamento de agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

HEMOS VERIFICADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado/a _____:

Hemos verificado la información que nos envió para comprobar que **[name(s) of child(ren)]** reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos y hemos decidido que:

- No ha cambiado la elegibilidad de sus hijos.
- A partir del **[date]**, la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas cambiará de **precios reducidos a gratuitas** porque sus ingresos están dentro de los límites de elegibilidad para recibir comidas gratuitas. Sus hijos recibirán comidas sin costo alguno.
- A partir del **[date]**, la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas cambiará de **gratuitas a precios reducidos** porque sus ingresos están por encima de los límites de elegibilidad para recibir comidas gratuitas. Las comidas a precios reducidos cuestan **[\$]** por el almuerzo y **[\$]** por el desayuno.
- A partir del **[date]**, **sus hijos no serán elegibles** para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos por este(estos) motivo(s):
 - ___ Los registros indican que ningún miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas **[State SNAP]** o **[State TANF]**.
 - ___ Los registros indican que los niños no están desamparados, en fuga o son migrantes.
 - ___ Sus ingresos exceden de los límites para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.
 - ___ No proporcionó: _____
 - ___ No respondió a nuestra solicitud.

Las comidas cuestan **[\$]** por el almuerzo y **[\$]** por el desayuno. Si los ingresos de su unidad familiar se reducen o el tamaño de la unidad familiar aumenta, puede volver a solicitar. Si le denegaron los beneficios anteriormente porque ningún miembro de la unidad familiar recibía beneficios de los programas **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FDPIR]**, puede volver a solicitar según los ingresos. Si no suministró prueba de la elegibilidad actual, le pedirán que lo haga si vuelve a solicitar.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar de ello con **[name]** al **[phone]**. También tiene derecho a una audiencia justa. Si solicita una audiencia a más tardar el **[date]**, sus hijos continuarán recibiendo comidas gratuitas o a precios reducidos hasta que el funcionario de la audiencia tome la decisión. Puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, o **[e-mail]**.

Atentamente,

[signature]

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta.

La política de no discriminación vigente lee como sigue:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del departamento de agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas

Free and Reduced Price School Meals Application

We Have Checked Your Application

Page 1 of 1

July 2016 - Español

americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

AVISO DE APROBACIÓN/DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS A LAS UNIDADES FAMILIARES

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Solicitó comidas gratuitas o a precios reducidos para los siguientes niños:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Su solicitud fue:

- Aprobada para recibir comidas gratuitas
- Aprobada para recibir comidas a precios reducidos a \$ _____ por el almuerzo, \$ _____ por el desayuno y \$ _____ por meriendas
- Denegada por los siguientes motivos:
- Ingresos por encima del monto permisible
 - Solicitud incompleta debido a _____
 - Otro motivo _____

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar de ello con **[school official's name]** al **[phone number]** a la dirección electrónica **[e-mail address]**. Si desea que se revise la decisión en más detalle, tiene derecho a una audiencia justa. Puede programarla llamando o escribiendo al siguiente funcionario:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

Atentamente,

[signature]

Nombre	Cargo	Fecha
--------	-------	-------

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta.

La política de no discriminación vigente lee como sigue:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del departamento de agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden

comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Nos complace informarle que los niños indicados a continuación recibirán almuerzos, desayunos y meriendas gratuitos en la escuela porque reciben beneficios de los programas **[State SNAP]** o **[State TANF]**.

Nombre del niño	Nombre de la escuela

Si hay otros niños en su unidad familiar que no figuran en la lista anterior, ***también califican para recibir comidas gratuitas.***

Comuníquese con la escuela a la que asisten sus hijos si ocurren las siguientes situaciones:

- Si hay otros niños en su unidad familiar que no figuran en la lista anterior y usted desea que reciban comidas gratuitas en la escuela
- No desea que sus hijos reciban comidas gratuitas
- Tiene alguna pregunta adicional

[name]

[phone number]

[e-mail address]

Atentamente,

[signature]

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta.

La política de no discriminación vigente lee como sigue:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del departamento de agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas

americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta 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;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.