

CARTA DE NOTIFICACIÓN PARA ALUMNOS CON EL CERTIFICADO DIRECTAMENTE

Querido Padre/Guardián:

Fecha: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) ha sido aprobado automáticamente para comidas gratis/leche durante el 2017-2018 año escolar. La aprobación se basa en estudiantes/hogar elegibilidad para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)/Medicaid. SOLO DEVOLVER ESTA CARTA a la escuela de su(s) hijo(s) si no desea las gratis comidas escolares/leche beneficios.

Por favor, NO LLENE una aplicación para comidas gratis o a precio reducido y/o leche para los siguientes niño(s):

Table with 3 columns: Nombre del Estudiante, Nombre de la Escuela, Grado. It contains 6 empty rows for data entry.

Si usted tiene un estudiante(s) en su hogar que no está en la lista anterior, por favor póngase en contacto con esta oficina a \_\_\_\_\_. Beneficios de comidas gratis se extenderán a todos los niños que residen en el mismo hogar.

Si usted NO QUIERE que su estudiante recibe estos beneficios de comidas escolares, por favor complete y devuelva la declaración de abajo a esta oficina:
[ ] No quiero las gratis comidas/leche beneficios para mis hijos antes mencionados
\_\_\_\_\_  
Fecha Firma del Padre o Guardián

Sinceramente,

\_\_\_\_\_  
Firma

Declaración de no-discriminación:

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y politicas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en ingles), 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 realizados o financiados 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 seas 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\_Form\_508\_Compliant\_6\_8\_12\_0.pdf. 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.