|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CARTA AL NUCLEO FAMILIAR | | | |
|  | | | |
| CARTA DE RESULTADOS DE VERIFICACIÓN CON ACCIÓN ADVERSA PARA HOGARES CON INGRESOS | | | |
|  | | | |
| Nombre(s) del/de los Niño(s): | | | |
|  | | | |
| Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | |
| Estimado (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: | | | |
|  | | | |
| Hemos completado la verificación de la elegibilidad de su(s) hijo(s). A partir de (10 días naturales desde la fecha de envío) la elegibilidad de su(s) hijo(s) para los beneficios de comidas será: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_ | | Ha cambiado de gratuito a precio reducido porque sus ingresos superan la cantidad permitida. El precio reducido es de $\_\_\_\_\_ para el almuerzo y $\_\_\_\_\_ para el desayuno. | |
| \_\_\_\_\_\_\_ | | Detenido por la(s) siguiente(s) razón(es): | |
|  | | | |
|  | | \_\_\_\_\_ | sus ingresos superan la cantidad permitida para comidas gratuitas o a precio reducido; |
|  |  |
| \_\_\_\_\_ | no ha aportado pruebas de que cumple los requisitos. Falta la siguiente información :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| A partir de este momento, su(s) hijo(s) tendrá(n) derecho a los beneficios de comedor: | | | |
|  | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_ | | Ha cambiado de precio reducido a gratuito porque sus ingresos están dentro de los límites de elegibilidad para comidas gratuitas. Su(s) hijo(s) recibirá(n) comidas sin costo alguno. | |
|  | | | |
| Si sus beneficios cambiaron ahora pero más tarde tiene una disminución en los ingresos del hogar, se queda sin empleo, o tiene un aumento en el tamaño de su hogar, puede llenar una solicitud en ese momento para volver a solicitar los beneficios. Si comienza a recibir SNAP, TANF o FDPIR, traiga una copia del aviso de elegibilidad a la escuela. | | | |
|  | | | |
| Si no está de acuerdo con la decisión, puede discutirla con (funcionario verificador de la escuela). | | | |
|  | | | |
| También tiene derecho a una audiencia imparcial. Puede hacerlo llamando o escribiendo al siguiente funcionario: | | | |
|  | Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | Telf. Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Gratuito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Si solicita una audiencia antes de (inserte 10 días naturales a partir de la fecha de envío), su hijo(a) seguirá recibiendo comidas gratuitas hasta que se tome la decisión del funcionario encargado de la audiencia. | | | |
|  | | | |
| Atentamente, | | | |
|  | | | |
| Adjunto: Información de verificación para comidas gratuitas y a precio reducido | | | |
|  | | | |

**Declaración de No Discriminación**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles, las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

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

Para presentar una queja por discriminación en un programa, rellene el formulario USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) que encontrará 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 facilite en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA mediante:

(1) Correo: Departamento de Agricultura de EE.UU.

Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN PARA COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO | | | | | |
|  | | | | | |
| **HOGARES SNAP/TANF/FDPIR:** Si usted estaba recibiendo el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) para su hijo en el momento de solicitar, sólo tiene que enviar algo que demuestre que su hogar estaba recibiendo la asistencia. No se requiere ninguna otra información. Puede ser: | | | | | |
|  | -- | **Notificación de certificación de SNAP, TANF, FDPIR** que muestre las fechas de inicio y finalización del período de certificación. | | | |
|  | -- | **Carta de la oficina de SNAP, TANF,** FDPIR indicando que cumplía los requisitos para obtener prestaciones. | | | |
|  | | | | | |
| **HOGARES QUE LO SOLICITARON EN FUNCIÓN DE SUS INGRESOS:** Si no recibe SNAP, TANF, FDPIR para su hijo, envíe copias de información o papeles que muestren los ingresos de su hogar para cualquier punto entre el mes anterior a cuando solicitó beneficios de comida y ahora. Es posible que los agricultores u otros trabajadores por cuenta propia tengan que utilizar formularios de impuestos para demostrar sus ingresos. | | | | | |
|  | | | | | |
| Los documentos que envíe deben indicar: (1) el importe de los ingresos percibidos, (2) el nombre de la persona que los percibió, (3) la fecha en que se percibieron los ingresos y (4) la frecuencia con que se perciben. | | | | | |
|  | | | | | |
| Para demostrar la cantidad de dinero que recibió su hogar el mes pasado, envíe copias de lo siguiente: | | | | | |
|  | -- | | **Ingresos/Salarios/Sueldo de cada empleo:** | | |
|  | | | | | Talón de la nómina que muestra la frecuencia con la que se recibe. |
|  | | | | | Sobre de pago que indique la frecuencia con la que se recibe. |
|  | | | | | Carta del empleador indicando el salario bruto pagado y la frecuencia con la que se paga. |
|  | | | | | Documentos comerciales o agrícolas, como libros contables o fiscales o formularios de impuestos. |
|  | | | | | Copia impresa de la notificación electrónica de ingreso. |
|  | -- | | **Seguridad Social/Pensiones/Jubilación:** | | |
|  | | | | Carta de prestaciones de jubilación de la Seguridad Social. | |
|  | | | | Declaración de prestaciones percibidas. | |
|  | | | | Notificación de concesión de pensión. | |
|  | -- | | **Indemnización por Desempleo/Discapacidad o Indemnización por Accidentes de Trabajo:** | | |
|  | | | | Notificación de admisibilidad de la oficina estatal de seguridad en el empleo. | |
|  | | | | Talón de cheque. | |
|  | | | | Carta del seguro de accidentes de trabajo. | |
|  | -- | | **Ayudas sociales (TANF, Asistencia General):** | | |
|  | | | | Carta de prestaciones de la Seguridad Social. | |
|  | -- | | **Manutención de los Hijos/Pensión Alimenticia:** | | |
|  | | | | Decreto judicial, acuerdo o copias de los cheques recibidos. | |
|  | -- | | **Otros ingresos:** | | |
|  | | | | Si tiene otras formas de ingresos (como ingresos por alquiler) envíe información o documentos que demuestren el importe de los ingresos percibidos, la frecuencia con que se perciben y la fecha en que se perciben. | |
|  | -- | | **Sin ingresos:** | | |
|  | | | | Si no tiene ingresos, envíe una breve nota explicando cómo proporciona alimentos, ropa y vivienda a su familia, y cuándo espera tener ingresos. | |
|  | | | | | |
| Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para decidir la información que debe enviar, póngase en contacto con: | | | | | |
|  | | | | | |
| (Nombre del funcionario escolar, número de teléfono local, número de teléfono gratuito y correo electrónico) | | | | | |