

Notificación de elegibilidad para comidas escolares

Año escolar 20__-20__

Estimado padre o tutor:

Este año escolar, _____ ofrece sin costo alguno para todos los estudiantes. Sin embargo, es necesario que sigamos verificando si los estudiantes cumplen con las pautas federales para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido para que _____ pueda acceder a determinados fondos de financiamiento estatal y federal. Debido a que usted solicitó comidas gratuitas o a precio reducido, le proporcionamos esta notificación de determinación a modo de cortesía. Reiteramos, todos los estudiantes reciben comidas sin costo, independientemente de cuál sea la determinación.

Usted solicitó comidas escolares gratuitas o a precio reducido para los siguientes estudiantes:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Su ingreso fue procesado a través de la/el:

- ☐ Aplicación según el ingreso del hogar, que determina la elegibilidad basándose en la información reportada, incluyendo la cantidad de miembros y los ingresos del hogar o la participación en programas de asistencia aprobados
- ☐ Formulario de combinación, que determina la elegibilidad combinando la aplicación para recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido con la información de la Encuesta de Datos Económicos Familiares (FEDS, por sus siglas en inglés)

Se determinó que su elegibilidad fue:

- ☐ Aprobada para recibir **comidas escolares gratuitas** porque su ingreso está dentro de los límites de elegibilidad para comidas escolares gratuitas.
- ☐ Aprobada para recibir **comidas escolares a precio reducido** porque su ingreso está sobre el límite de elegibilidad para comidas escolares gratuitas, pero dentro de los límites de elegibilidad para comidas escolares a precio reducido. Sin embargo, dado que **no hay costo por para todos los estudiantes, su(s) hijo(s) no tendrá(n) que pagar por las comidas escolares.**
- ☐ **Rechazada** por la(s) siguiente(s) causa(s):
 - ☐ Ingreso mayor a la cantidad permitida
 - ☐ Aplicación incompleta
 - ☐ Otra

Reiteramos: **no hay costo por el _____ para todos los estudiantes. Esta determinación no afecta el acceso de su hijo a las comidas sin costo.**

Los siguientes estudiantes asisten a una escuela que participa en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria y usted no necesita solicitar comidas escolares a través de una aplicación según el ingreso del hogar.

- ☐ Aprobada para **comidas escolares gratuitas** porque su escuela alcanza el nivel federal de pobreza. Este nivel se establece en función del porcentaje de estudiantes o miembros de las familias que participan en ciertos programas de asistencia.

Si usted no está de acuerdo con esta determinación, puede comunicarse con

llamando al _____ o escribiendo a _____

Si hay cambios en su ingreso o en la cantidad de miembros del hogar o usted pasa a ser elegible para SNAP, TANF o FDPIR, puede volver a aplicar en cualquier momento a lo largo del año escolar. **Nuevamente, esta determinación no afecta el acceso de su hijo a las comidas sin costo, que están disponibles para todos los estudiantes.**

Si desea revisar la decisión en detalle, usted tiene derecho a solicitar una audiencia justa. Puede hacerlo llamando o escribiendo al siguiente miembro del personal:

Nombre del miembro del personal de la escuela:

Dirección:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Atentamente,

Para obtener más información sobre las determinaciones de elegibilidad, visite el [sitio web de Nutrición Escolar del CDE](#)

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No 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/ad-3027s.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:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.