

Verificación de comidas escolares gratuitas y a precio reducido

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha: _____

Se seleccionó su solicitud de comidas escolares gratuitas y a precio reducido para un proceso de verificación. Las normas federales exigen que se revise la solicitud para garantizar que solo los estudiantes que sean elegibles reciban los beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido.

A manera de recordatorio, _____ participa en el programa *Healthy School Meals for All* (Comidas Escolares Saludables para Todos) en el que todos los _____ se ofrecen a los estudiantes sin costo alguno. Se solicita este documento ya que _____ debe realizar un seguimiento de la elegibilidad de los estudiantes para fines de financiamiento estatal y federal.

¿En qué consiste la verificación?

Cada año, _____ debe seleccionar al azar un pequeño porcentaje de solicitudes de comidas escolares gratuitas y a precio reducido para un proceso llamado verificación. Las solicitudes de comidas escolares gratuitas y a precio reducido seleccionadas para la verificación requerirán una respuesta del hogar para verificar la información proporcionada en la solicitud.

¿Qué significa esto para mí?

Su solicitud ha sido seleccionada para revisar información adicional sobre sus ingresos familiares declarados o su participación declarada en los programas de asistencia aplicables.

Si tiene preguntas, comuníquese con _____ , _____ antes del _____ .

Realice los pasos que se describen en las siguientes páginas:

1. Reúna la documentación requerida, lo que incluye:
 - a. Documentación de ingresos O
 - b. Documentación del programa de asistencia.
2. Llene el Formulario de miembros del hogar.
3. Devuelva la documentación y el Formulario de miembros del hogar lleno a su distrito escolar en la fecha requerida.

Toda la información proporcionada será confidencial y no se comunicará fuera de la escuela.

Puede enviar esta información a través de cualquiera de los siguientes métodos:

- Tome fotos de los documentos requeridos con su teléfono y envíelas por correo electrónico a _____ .
- Envíe por correo los documentos requeridos a _____ .
- Acuda a la oficina situada en _____ y entregue los documentos requeridos.
- Envíe por fax los documentos requeridos a _____ .

Si no envía la información que demuestre que su hijo(a) reúne los requisitos para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido antes del _____, puede perder los beneficios asociados a la condición de recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con:

Gracias por su colaboración en este asunto.

Atentamente,

Nombre del funcionario escolar: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¡Ayúdenos a lograr nuestra meta!

Estamos comprometidos a asegurar que **todos los estudiantes elegibles** continúen recibiendo los beneficios relacionados con la condición de comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Nuestro objetivo es lograr una tasa de respuesta de verificación del 100 por ciento y ¡solo podemos lograrlo con **su ayuda!** **Ayúdenos a alcanzar nuestra meta** al responder a este aviso.

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. (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o por represalias o retaliaciones por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa también se podría facilitar en otros idiomas aparte del inglés. Las personas con discapacidad que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas de Estados Unidos, entre otros) deben contactar a la agencia estatal o local responsable que administra el programa o al Centro TARGET del USDA por el (202) 720-2600 (voz y teletipo) o contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe llenar el formulario AD-3027, formulario de reclamo por discriminación del programa del USDA, que puede obtenerse por Internet en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al subsecretario de derechos civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse 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; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o bien
3. **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Documentación necesaria:

Facilite la siguiente información. Todos los documentos pueden tener fecha del mes anterior a la solicitud, o de cualquier mes posterior. Debe incluir el formulario de miembros del hogar junto con su documentación de ingresos o del programa de asistencia. Si es posible, no envíe documentos originales. Si envía documentos originales, solo se los devolveremos si usted lo solicita.

¿Recibía usted o algún miembro de su familia beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Family, TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR).

SI LA RESPUESTA ES SÍ, envíenos su Aviso de Certificación del SNAP, la TANF o el FDIPIR que muestre las fechas de certificación. No envíe su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefits Transfer, EBT).

Si envía uno de los documentos anteriores, ha TERMINADO. NO necesita enviar nada más y recibirá una carta de resultados.

SI RESPONDIÓ NO a la pregunta anterior, lea las siguientes opciones y siga las instrucciones si corresponden:

1. **Su hijo(a) no tiene hogar, es inmigrante o se ha fugado de casa:** Comuníquese con
para obtener ayuda.
2. **Su hijo(a) está en un hogar de acogida:** Envíe documentación que verifique que su hijo(a) es responsabilidad legal de la agencia o del tribunal. O bien, proporcione el nombre y la información de contacto de una persona de la agencia o del tribunal que pueda verificar la situación de acogida de su hijo(a).
3. **Su hijo(a) no está cubierto(a) por el 1 o el 2:** Envíe esta carta y el *Formulario de miembros del hogar* que aparece a continuación, junto con la documentación de las fuentes de ingresos de su hogar del mes anterior a la solicitud o de cualquier mes posterior. Los documentos deben indicar:
 - **Nombre** de la persona que recibió los ingresos;

- **Fecha de recepción;**
- **Monto recibido;**
- **Frecuencia de recepción.**

Documentos aceptables para demostrar los ingresos del hogar:

- **Trabajos:** Recibo de sueldo o sobre de pago que muestre la cantidad y la frecuencia con la que se recibe el pago; carta del empleador que indique el salario bruto y la frecuencia con la que se le paga (puede utilizar el formulario de declaración de ingresos que se proporciona en este aviso); o, si trabaja por su cuenta, documentos comerciales o agrícolas, como libros de contabilidad o de impuestos.
- **Seguridad Social, pensiones o jubilación:** Carta de beneficios de jubilación de la Seguridad Social, declaración de beneficios recibidos o notificación de concesión de pensión.
- **Desempleo, incapacidad o indemnización por accidente laboral:** Notificación de elegibilidad de la oficina estatal de seguridad en el empleo, recibo de sueldo o carta de la oficina de Compensación Laboral.
- **Prestaciones sociales:** Carta de beneficios de la oficina <<estatal de la TANF>>.
- **Manutención infantil o pensión alimenticia:** Decreto judicial, contrato o copias de los cheques recibidos.
- **Otros ingresos (como ingresos por alquiler):** Información que muestra la cantidad del ingreso, nombre de la persona que recibió el ingreso, la fecha en que se recibió y con qué frecuencia se recibió.
- **Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares:** Carta o contrato de alquiler que demuestre que su vivienda forma parte de la Iniciativa Militar de Privatización de la Vivienda.

Si no tiene ingresos, envíe una breve nota explicando cómo provee su hogar de alimentos, ropa y vivienda, y cuándo espera tener ingresos.

Si trabaja por temporadas, llame al

y le ayudaremos a saber qué debe enviar.

Formulario de miembros del hogar

Si usted **no** recibe beneficios del SNAP, la TANF o el FDPIR, este formulario **debe ser devuelto al distrito escolar**.

1. Escriba a continuación el nombre de cada uno de los miembros del hogar e indique si tienen o no ingresos.

Nombre	Sí, esta persona tiene ingresos	No, esta persona no tiene ingresos
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Envíe esta página junto con los documentos que demuestren la cantidad de ingresos brutos que su hogar recibe de cada fuente.

Declaración de ingresos

(Para llenar únicamente por el empleador, si procede)

Esta declaración sirve para confirmar que _____ percibió la siguiente cantidad de
(Nombre del empleado)

ingresos brutos antes de deducciones por impuestos, seguro social, etc. \$_____.

- () semanal
- () cada dos semanas
- () dos veces al mes
- () mensual
- () otro

Indique la fecha del recibo de sueldo arriba indicado _____.

Firma del empleador Fecha

Nombre de la empresa o del empleador

Dirección de trabajo Código postal

Ciudad de empleo

Número de teléfono

Seguridad Social o Seguridad de Ingreso Suplementario

(Para llenar únicamente por la oficina de la Seguridad Social, si procede)

La presente declaración confirma que _____ percibió los siguientes ingresos de la Seguridad Social

Seguridad Social \$ _____ o Seguridad de Ingreso Suplementario \$ _____ para el

mes de _____.

Firma del funcionario

Fecha

Dirección de la oficina de la Seguridad Social

Ciudad

Número de teléfono