[Insert District Letterhead]

Compartiendo Comida Gratis y de Precio Reducido

Información con Otros Programas  
Año Escolar 20\_\_-20\_\_

Estimado padre de familia/tutor:

Si recibió una notificación de que sus estudiantes calificaron para comidas gratis oa precio reducido, esta información puede ser compartida con la escuela / distrito con el propósito de renunciar a ciertos costos del programa de la escuela / distrito que de otra manera usted tendría que pagar. No se permite a la escuela / distrito compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir la divulgación de su información; Esto no afectará la elegibilidad de su (s) estudiante (s) para comidas escolares.

Devuelva este formulario completado y firmado a: **[Address]** por **[Date]**.

1. ¡Sí! Quiero que los oficiales de la escuela compartan mi información con **[List the specific program].**
2. ¡Sí! Quiero que los oficiales de la escuela compartan mi información con **[List the specific program].**
3. ¡Sí! Quiero que los oficiales de la escuela compartan mi información con **[List the specific program].**

* **NO** comparta mi información con ningún programa.
* **NO** comparta mi información con las oficinas de Medicaid/SCHIP.

Si marcó alguna o todas las casillas de arriba, complete la sección siguiente para asegurarse de que su información sea compartida por el (los) niño (s) en su hogar. Su información será compartida sólo con los programas que ha comprobado.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de Envio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Para obtener más información, puede llamar a **[Name]** al número **[Phone]** o correo electrónico a **[E-mail]**.

**Declaración de No-discriminación del USDA**: 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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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; or

**(2) fax:**

(833)256-1665 o (202) 690-7442; o

**(3) correo electrónico:**

program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.