CARTA DE NOTIFICACION PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS

**CERTIFICACION DIRECTA-MEDICAID**

Estimado Padre/Guardian:

Queremos hacerle saber que los niños enumerados a continuación recibirán comidas gratis en la escuela porque reciben beneficios de **[Medicaid-Reducido]**. Si cree que su(s) hijo(s) califica(n) para comidas gratuitas, complete y devuelva una solicitud de comidas sin costo/precio reducido a la escuela con información de ingresos o un numero de casa actual de SNAP (cupones para alimentos)/TANF.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de Niño | Nombre de Escuela |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Si alguien en su hogar recibe Medicaid-Reducido y hay otros niños en su hogar que no figuran en la lista anterior, **también califican para recibir comidas reducido*.***

Comuníquese con la escuela a la que asisten sus hijos en las siguientes situaciones:

* Si hay otros niños en su hogar que no figuran en la lista anterior, y gustaría que recibieran comidas reducido en la escuela.
* No desea que sus hijos reciban comidas reducido.
* Tiene alguna pregunta adicional.

Sinceramente,

**[Signature]**

**[Name]**

**[Phone Number] [E-mail Address]**

*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*](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*](mailto:electrónico:program.intake@usda.gov)