

SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL PARA COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

**Distrito Escolar de Beaverton**

**Por favor, envíe el formulario a Meal Benefits, 10740 NE Walker Rd, Entrance D1, Hillsboro, OR 97006**

Si recibió una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATUITAS del distrito escolar, **no** llene esta solicitud.

**1 INFORMACIÓN DEL HOGAR** Nombre de la persona que envía esta solicitud (apellido, primer nombre)

Nombre (**letra de molde**) \_\_\_\_\_  
 Dirección postal – Apt # \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 ➔ Número de integrantes del hogar \_\_\_\_\_  
 (Escriba los nombres de **todos** los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)

**2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES**

Nombre del niño (apellido, primer nombre)	No. de identificación del estudiante	Grado (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	Marque la casilla si es niño de crianza temporal (Foster Child)
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 BENEFICIOS** Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF agregue el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre \_\_\_\_\_  SNAP Número de caso\*\*\* \_\_\_\_\_  
 TANF \_\_\_\_\_  
 Siga abajo en la Parte 5

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas)  Siga abajo en la Parte 5

**4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL TOTAL\*\***

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6
Agregue a <b>todos</b> los miembros del hogar, incluya a los niños que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes enlistados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. ( <i>apellido, primer nombre</i> )	Ingreso mensual (ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Manutención infantil, asistencia social, pensión alimenticia recibidas por mes	Pensiones mensuales, jubilación del Seguro Social por mes	Otro Ingreso mensual – Incluya el seguro de desempleo y compensación laboral	Marque si No recibe ingresos
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 FIRMA, FECHA y últimos cuatro dígitos del NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (Un adulto debe firmar)**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he incluido todos los ingresos del hogar. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar la información. Entiendo que si doy información deliberadamente falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se me puede procesar.

Firma de un miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_ Firmado en \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social (Ver declaración de privacidad al dorso)  No tengo Número del Seguro Social  
 X \_\_\_\_\_ Mes/día/año XXX-XX-\_\_\_\_

**6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)**

Marque una identidad étnica:  Hispano o latino  No hispano ni latino  
 Marque una o más identidades raciales:  Asiático  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico  
 Negro o afroamericano  Blanco, no de origen hispano  Otra

**SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

Total Income: \_\_\_\_\_ Number in household: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_  
 Free based on:  SNAP/TANF/FDPIR  Foster child categorical  household income  
 Reduced based on:  household income  
 Denied – Reason:  income too high  incomplete application  
 Determining Official's Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Distrito Escolar de Beaverton

### AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO CON OTROS PROGRAMAS 2020-2021

Estimado padre o tutor:

La información que proporcione en la Solicitud Confidencial para Comidas Gratuitas o a Precio Reducido se utiliza únicamente para determinar si su(s) hijo(s) es elegible para recibir comidas sin costo o a precio reducido. **La información también puede utilizarse para determinar la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir asistencia en otros programas. Los siguientes programas necesitan contar con su autorización para poder compartir su información.**

Enviar este formulario no modifica la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Firmar este formulario **NO ES UN REQUISITO** de participación en los programas de nutrición escolar.

**No, NO deseo** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido sea compartida con ninguno de los programas detallados a continuación. **Si marcó "No," por favor, deténgase aquí. No es necesario que llene o envíe este formulario. Su información no será compartida.**

**Sí, Sí deseo** que las autoridades escolares compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido con: (Marque cada programa con el que desea compartir su información).

- Programas administrativos del Distrito Escolar de Beaverton (por ejemplo: posible reducción o exención de cuotas para programas de antes o después de clases, cuotas de actividades estudiantiles o de las tarjetas de estudiantes, así como sorteos de transferencia a escuelas opcionales).
- Programas deportivos.
- Exención/reducción de cuotas para programas escolares/educativos del Distrito Escolar de Beaverton (tales como: seguro para Chromebook, excursiones de la escuela, libros educativos de trabajo, laboratorios y exámenes de clases optativas, colegiatura de la universidad, preescolar, escuela nocturna, escuela al aire libre y exámenes PSAT/SAT/ACT).
- Exención/reducción de cuotas en gastos médicos/dentales/de visión

**Al firmar este documento entiendo que estoy compartiendo mi información (nombre del estudiante, información de contacto, estado de F/R) únicamente con los programas indicados anteriormente. Certifico que soy el padre/tutor legal del niño(s) para el cual se hace esta solicitud.**

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

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a):	Fecha de nacimiento	N° de Identificación del estudiante	Escuela
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Entregue este formulario a  
**Meal Benefits – 10740 NE Walker Road, Entrance D1, Hillsboro, OR 97006**  
o en la oficina de su escuela

BSD es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidad para todos.

Estimado padre o tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para poder aprender, es por esto que todas las familias del Distrito Escolar de Beaverton pueden solicitar almuerzos escolares gratuitos o a precio reducido. **Esta solicitud es un proceso de dos pasos: primero debe llenar la solicitud y luego recibirá una carta de aprobación/denegación.** Si la carta indica que su solicitud ha sido aprobada, esto significa que su hijo recibirá beneficios de comidas. Si tiene alguna pregunta acerca de la elegibilidad de beneficios de comidas, por favor, llame al (503)356-3957. Si califica para los beneficios de comida, los alimentos serán gratuitos; de lo contrario los padres son responsables de pagar los siguientes precios:

	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Adultos
Desayuno	\$1.45	\$1.50	\$1.60	\$2.50
Almuerzo	\$3.05	\$3.25	\$3.60	\$4.50

El precio reducido es \$0 para todas las comidas reembolsables. Aquí hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarlo con el proceso de solicitud.

1. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO?**

- Todos los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), TANF o FDPIR, son elegibles para recibir comidas gratuitas.
- Los niños en tutela temporal (foster care) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o de la corte, son elegibles para recibir comidas gratuitas.
- Los niños que encajan dentro de la categoría de personas sin hogar, que huyeron de casa, o migrantes son elegibles para recibir comidas gratuitas.
- Los niños pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de las Pautas Federales de Elegibilidad por Ingresos (consulte la tabla a continuación).

No. de personas que viven en su	Anuales	Mensuales	Semanales
1	23,606	1,968	454
2	31,894	2,658	614
3	40,182	3,349	773
4	48,470	4,040	933
5	56,758	4,730	1,092
6	65,046	5,421	1,251
7	73,334	6,112	1,411
8	81,622	6,802	1,570
Cada persona adicional:	8,288	691	160

2. **¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS ENCAJAN DENTRO DE LA CATEGORÍA DE PERSONAS SIN HOGAR, MIGRANTE O QUE HUYERON DE CASA?** ¿Los miembros de su familia carecen de una dirección permanente? ¿Permanecen juntos en un refugio, hotel u otro arreglo de vivienda temporal? ¿Se reubica su familia dependiendo de la temporada? ¿Hay algún niño que viva con usted que haya elegido dejar a su familia u hogar anterior? Si cree que los niños en su hogar cumplen con estas descripciones y no se le ha dicho que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame a **la coordinadora del programa de personas sin hogar, Lisa Montesana al (503) 356-5071 o al Programa Migrante al (503) 356-3762.**
3. **¿ES NECESARIO LLENAR UNA SOLICITUD POR CADA NIÑO?** No. *Llene una solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido en la cual incluya a todos los estudiantes de su familia.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de incluir toda la información requerida. Envíe la solicitud a: **Meal Benefits, 10740 NE Walker Road, Entrance D1, Hillsboro, OR 97006. SUS HIJOS NO RECIBIRÁN BENEFICIOS DE COMIDA HASTA QUE RECIBA UNA CARTA QUE INDIQUE QUE SON ELEGIBLES.**
4. **¿DEBO LLENAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICIENDO QUE HAN APROBADO QUE MIS NIÑOS RECIBAN COMIDAS GRATUITAS?** No, pero lea la carta y siga las instrucciones. Si faltara algún niño de su hogar en la notificación de selección, póngase en contacto inmediatamente con **Laurie Bishop, especialista en programa de beneficios de alimentos, al (503)356-3957.**

5. **¿PUEDO COMPLETAR LA SOLICITUD EN LÍNEA?** ¡Sí! La solicitud en línea es más rápida de procesar y no puede extraviarse. La aplicación en línea tiene los mismos requisitos que la solicitud en papel. Visite [www.schoolcafe.com](http://www.schoolcafe.com) para llenar la solicitud en línea. Si tiene alguna pregunta acerca de la solicitud en línea, comuníquese con **Laurie Bishop, especialista en programa de beneficios de alimentos, al (503)356-3957.**
6. **LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR LA SOLICITUD NUEVAMENTE?** Sí. La solicitud de su hijo solo es válida por el año en que la recibió y por los primeros días del siguiente año, hasta el **principios de octubre**. Debe enviar una nueva solicitud a menos que haya recibido una carta informándole que su hijo es elegible para recibir beneficios de comidas para el año escolar 2020-2021. **Si no envía una nueva solicitud, que sea aprobada por Meal Benefits o no se le ha notificado que su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas, se le cobrará el precio total de las comidas.**
7. **PARTICIPO EN WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATUITAS?** Los niños de familias que participan en WIC pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Envíe una solicitud.
8. **¿SE COMPROBARÁ LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE?** Sí. También podemos pedirle que envíe prueba escrita de los ingresos familiares que ha declarado.
9. **SI EN ESTE MOMENTO NO CUMPLO CON LOS REQUISITOS DE SELECCIÓN, ¿PUEDO VOLVER A ENVIAR LA SOLICITUD MÁS ADELANTE?** Sí, puede enviar la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se quede sin empleo pueden tener derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos familiares son inferiores al límite de ingresos de la tabla anterior.
10. **¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DEL DISTRITO SOBRE MI SOLICITUD?** Puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a Laurie Bishop, especialista en programa de beneficios de alimentos, a **10740 NE Walker Road, Entrada D1, Hillsboro, OR 97006**. El número de teléfono es **(503) 356-3957**; la dirección de correo electrónico es **NS-MealBenefits@beaverton.k12.or.us**.
11. **¿PUEDO ENVIAR LA SOLICITUD, AUNQUE ALGÚN MIEMBRO DE MI FAMILIA NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?** Sí. Usted, sus niños u otros miembros de la familia no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido.
12. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES?** Indique la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente recibe \$1000 al mes, pero no trabajó unos días el mes pasado y solo recibió \$900, indique que recibe \$1000 por mes. Si normalmente hace horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo las hace de manera esporádica. Si ha perdido un trabajo o han reducido sus horas o salario, indique sus ingresos actuales.
13. **¿QUÉ PASA SI ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA NO TIENEN INGRESOS QUE DECLARAR?** Es posible que los miembros de la familia no reciban algunos de los tipos de ingresos que le solicitamos que indique en la solicitud o es posible que no reciban ningún ingreso. Cuando esto suceda, escriba un 0 en la casilla. Si algún campo de ingreso se deja vacío o en blanco, también se contarán como ceros.
14. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿TENEMOS QUE DECLARAR NUESTROS INGRESOS DE OTRA FORMA?** Su salario básico y bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe prestaciones de valor en efectivo por vivir fuera de la base, alimentación o ropa, también debe incluirlos como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de privatización de la vivienda militar), no incluya el subsidio para vivienda como ingresos. Cualquier pago adicional de combate que sea resultado por despliegue también se excluye de los ingresos.
15. **¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA?** Enumere a los miembros adicionales de la familia en una hoja de papel aparte y adjúntela en su solicitud.
16. **Mi familia necesita más ayuda. ¿HAY OTROS PROGRAMAS EN LOS QUE PODAMOS PARTICIPAR?** Para saber cómo solicitar otros beneficios de asistencia, comuníquese a la oficina de asistencia local, Envíe la palabra "FOOD" al 877877, 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY), [www.Summerfoodoregon.org](http://www.Summerfoodoregon.org)

Atentamente,

*Laurie Bishop*

**Especialista en Programa de beneficios de Alimentos**

**Departamento de Servicios de Nutrición**

**10740 NE Walker Road, Entrada D1**

**Hillsboro, OR 97006**

**(503)356-3957**

If you need this document interpreted please call (503) 356-3755

( Arabic ) 503-356-3780 إذا كنت بحاجة إلى تفسير هذا المستند يرجى الاتصال على

如果您需要翻译服务，请致电学区多语种部。(503) 356-3779 (Chinese)

日本語で説明が必要な方は、(503) 356- 3781 までご連絡下さい。(Japanese)

한국어로 설명이 필요하시면 (503) 356-3778 로 연락주시기 바랍니다 (Korean)

Если Вам нужен перевод этого документа, позвоните по телефону (503) 356-3770 (Russian)

Hadii aad u baahan tahay in lagu turjumo ducumeentigaan fadlan soo wac (503) 356-3776 (Somali)

Si usted necesita la interpretación de este documento, por favor, llame al (503) 356-3755 (Spanish)

Xin liên hệ (503) 356-3777 nếu cần nghe phiên dịch văn kiện này (Vietnamese)

### Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** se encuentra por debajo de las pautas, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORAL**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.  
Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

#### CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL DE GANANCIAS Y SUELDOS

En la Parte 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término "ingreso" incluye cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:

**Miembros del hogar que cobran cada semana:** Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida entre 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas:** Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida entre 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que son trabajadores de temporada o que trabajan menos de 12 meses:** Proyecte el porcentaje de ingreso anual para representar correctamente las circunstancias presentes y luego divida entre 12. La cifra resultante es el ingreso mensual proyectado.

Nota: El dinero que recibe de un negocio o una granja que es de su propiedad se debe informar como "ingreso neto". *El ingreso neto se define como el ingreso total que queda después de substraer los gastos para operar el negocio o la granja.*

### POLÍTICA DE COBRO DE BSD 2019-2020

Todos los estudiantes de BSD son elegibles para recibir comidas de USDA en la escuela, pero para poder recibir comidas gratuitas, el estudiante debe calificar para recibir los beneficios de comidas. De lo contrario, los padres y tutores son responsables de pagar por cada comida recibida en la escuela. Las comidas reembolsables deben constar de al menos (3) componentes de estos (5) grupos de alimentos: Carne/Alternativa de Carne, Granos, Vegetales, Fruta, Leche. Uno de los componentes debe ser al menos ½ taza de fruta o verdura.

- 1 Según la Ley 3454 de Oregón, los estudiantes que no cuentan con fondos en su cuenta de comidas escolares podrán cargar alimentos a esta cuenta, a menos que el padre o tutor del estudiante haya solicitado por escrito que no se le permita al alumno hacer cargos en su cuenta escolar.
- 2 Ningún estudiante puede cobrar artículos a la carta (incluida la leche).
- 3 Los adultos (padres, voluntarios, visitantes) no pueden hacer cargos de alimentos en la cuenta estudiantil.
- 4 Toda la comunicación sobre saldos negativos en la cuenta de comida de un estudiante se realizará entre el personal de BSD y los padres/tutores. Los estudiantes solo recibirán información o saldos si lo solicitan.
- 5 Para consultar el saldo en la cuenta de comidas de un estudiante, crear alertas, usar la función de pago automático y solicitar beneficios de comidas, visite [www.schoolcafe.com](http://www.schoolcafe.com).

### NOTIFICACIÓN PARA PADRES ACERCA DE SALDOS EN LA CUENTA ESTUDIANTIL DE COMIDAS

1. Notificación de saldos:
  - a. Los padres/tutores/estudiantes pueden consultar directamente con el personal de la cafetería.
  - b. Los padres/tutores/estudiantes pueden utilizar SchoolCafe ([www.schoolcafe.com](http://www.schoolcafe.com)) para ver el saldo de un estudiante, solicitar beneficios de comidas, crear alertas y activar el pago automático.
2. Notificación de saldo negativo:
  - a. Los padres / tutores pueden inscribirse en School Messenger para recibir llamadas automáticas y correos electrónicos sobre el saldo negativo de la cuenta de comidas de un estudiante. Para inscribirse, visite la página: <https://www.beaverton.k12.or.us/departments/public-safety/schoolmessenger>.
  - b. El personal de Servicios de Nutrición puede enviar a casa una nota para el padre/tutor.
  - c. El personal de Servicios de Nutrición puede hacer llamadas telefónicas/correos electrónicos.

### DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

La ley de almuerzos escolares, Richard B. Russell National School Lunch Act, ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precio reducido para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. **Podemos compartir su información de elegibilidad** con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar incumplimiento de las reglas de los programas. Podemos compartir la información de este formulario con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños del Estado (SCHIP), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, se utilizará para identificar niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

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. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje americano de señas, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascrusda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascrusda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascrusda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta 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;

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

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.