A partir de este año escolar 2023-2024, el Distrito Escolar del Condado de Garfield No. 16 se complace en anunciar su participación en el programa de *Healthy School Meals for All* (Comidas Escolares Saludables para Todos) para el desayuno y almuerzo. **¡Todos los estudiantes inscritos en Distrito Escolar del Condado de Garfield No. 16 pueden participar en el desayuno y almuerzo sin costo alguno!**

Los estudios han demostrado que los estudiantes que no pasan hambre rinden más en la escuela. Al **desayuno y almuerzo** a todos los estudiantes sin costo alguno, esperamos crear un mejor entorno de aprendizaje para ellos.

Como en años anteriores, es importante que los hogares sigan facilitando información sobre sus ingresos familiares cuando se les pida a través de una solicitud. Aunque las comidas se proporcionarán sin costo alguno a todos los estudiantes de las escuelas participantes, es importante que Distrito Escolar del Condado de Garfield No. 16 siga recopilando esta información para poder recibir acceso pleno al financiamiento estatal y federal. Los fondos adicionales se destinarán directamente a las escuelas y así ayudar a cubrir el costo de las comidas, apoyar las actividades extraescolares y otros programas nutricionales para los estudiantes. **Además, los hogares que califiquen pueden recibir descuentos en las tarifas escolares, material escolar, pases de autobús, apoyos para servicios públicos y mucho más.**

Este paquete contiene más información y la solicitud correspondiente para suministrar la información sobre los ingresos de su hogar. Tenga en cuenta que, si bien en las páginas siguientes se puede hacer referencia a la elegibilidad para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido, el desayuno y almuerzo se proporcionará gratuitamente a todos los estudiantes del año escolar 2023-2024, independientemente de los ingresos de su hogar.

Las comidas escolares que Distrito Escolar del Condado de Garfield No. 16 sirve cumplen las directrices del Departamento de Agricultura de los EE. UU. referentes a comidas escolares saludables.

Para obtener más información sobre dónde encontrar una solicitud y cómo presentarla, lea la carta adjunta. Para obtener más información sobre el programa de Comidas Escolares Saludables para Todos, visite www.cde.state.co.us/nutrition/healthy-school-meals-for-all-program.

Información sobre la solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido

Estimado padre/tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Distrito Escolar del Condado de Garfield No. 16 ofrece comidas saludables todos los días escolares. Se ofrecerá desayuno y almuerzo a todos los estudiantes sin costo alguno. **Sus hijos pueden calificar para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido.** Los estudiantes de todos los grados que califiquen para las comidas gratuitas o a precio reducido recibirán el desayuno y el almuerzo sin costo alguno.

Este paquete incluye una solicitud de beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido y una serie de instrucciones detalladas. También puede encontrar solicitudes en todas las escuelas del distrito y en la oficina de administración del distrito o presentar su solicitud en línea en www.garfield16.org

A continuación, encontrará preguntas y respuestas habituales que lo ayudarán en el proceso de solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO?
   a. Todos los niños en hogares que reciben beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR), Medicaid o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Family, TANF/Colorado Works - Asistencia básica en efectivo o desvío del estado), son elegibles para recibir comidas gratuitas.
   b. Los niños en régimen de acogida temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida temporal o de un tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los niños en régimen de acogida temporal podrían añadirse como miembros del hogar de la familia de acogida temporal si esta decide solicitarlo. Incluir a los hijos de acogida temporal como miembros del hogar podría ayudar a que otros niños puedan calificar para recibir beneficios. Si la familia de acogida temporal no es elegible, no significa que el niño en acogida temporal no pueda recibir beneficios.
   c. Los niños que califican para el programa Head Start de su distrito son elegibles para recibir comidas gratuitas.
   d. Los niños que se ajustan a la definición de personas sin hogar, fugados o inmigrantes son elegibles para recibir comidas gratuitas.
   e. Los niños pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de las directrices federales de elegibilidad de ingresos. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar se sitúan en los límites de esta tabla o por debajo de ellos.

TABLA DE ELEGIBILIDAD FEDERAL DE INGRESOS del año escolar 2023 - 2024			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	$26,973	$2,248	$519
2	$36,482	$3,041	$702
3	$45,991	$3,833	$885
4	$55,500	$4,625	$1,068
5	$65,009	$5,418	$1,251
6	$74,518	$6,210	$1,434
7	$84,027	$7,003	$1,616
8	$93,536	$7,795	$1,799
Cada persona adicional:	$9,509	$793	$183

2. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO PERSONAS SIN HOGAR, INMIGRANTES O FUGADOS? ¿Los miembros de su hogar carecen de domicilio fijo? ¿Se quedan juntos en un refugio, hotel u otro tipo de vivienda temporal? ¿Su familia se reubica por temporadas? ¿Usted vive con algún niño que haya decidido abandonar a su familia u hogar anterior? Si cree que los niños de su hogar cumplen alguna de estas descripciones y aún no le han notificado que recibirán comidas gratuitas, llame **Kim Finn at (970) 285-5701** o envíe un correo electrónico a **kfinn@garfield16.org.**

3. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD POR CADA NIÑO? No, *utilice una solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido para todos los estudiantes de su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. Entregue la solicitud completa a cualquier escuela o a la oficina de administración del distrito.

4. ¿DEBO LLENAR UNA SOLICITUD SI ESTE AÑO ESCOLAR RECIBÍ UNA CARTA EN LA QUE ME INFORMAN QUE MIS HIJOS YA TIENEN LA APROBACIÓN PARA COMIDAS GRATUITAS? No, pero lea atentamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Si falta algún niño de su hogar en la notificación de elegibilidad, póngase en contacto con **Kim Finn a (970) 285-5701 o kfinn@garfield16.org** de inmediato.

5. ¿PUEDO PRESENTAR MI SOLICITUD POR INTERNET? ¡Sí! Si puede, le recomendamos que llene la solicitud por Internet en lugar de usar el formulario impreso. La solicitud por Internet tiene los mismos requisitos y le pedirá la misma información que la solicitud impresa. Visite **www.garfield16.org** para comenzar o para obtener más información sobre el proceso de solicitud por Internet. **Contacta con Kim Finn a (970) 285-5701 o kfinn@garfield16.org** si tiene alguna pregunta sobre la solicitud por Internet.

6. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR UN FORMULARIO NUEVO? Sí. La solicitud de su hijo solo es válida para ese año escolar y para los 30 primeros días de este año escolar. Debe enviar una solicitud nueva, a menos que la escuela le haya notificado que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

7. RECIBO LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA PARA MUJERES, BEBÉS Y NIÑOS (SPECIAL SUPPLEMENTAL NUTRITION PROGRAM FOR WOMEN, INFANTS, AND CHILDREN, WIC). ¿MIS HIJOS PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Los niños de hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Envíe una solicitud completa del programa de comidas escolares gratuitas o a precio reducido para determinar si es elegible.

8. ¿VERIFICARÁN LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO? Es posible que tenga que presentar una prueba escrita de los ingresos del hogar que declara en la solicitud.

9. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO HACER LA SOLICITUD MÁS ADELANTE? Sí, puede presentar su solicitud en cualquier momento del año escolar. Por ejemplo, los niños cuyos padres o tutores se quedan desempleados pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos del hogar descienden por debajo del límite de ingresos.

10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Debería hablar con los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **Kim Finn a (970) 285-5701 o kfinn@garfield16.org**

11. ¿PUEDO PRESENTAR LA SOLICITUD SI ALGÚN MIEMBRO DE MI HOGAR NO ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí. Usted, sus hijos u otros miembros del hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido. No es obligatorio informar el estado de inmigración, inmigrante, ciudadano o refugiado durante el proceso de solicitud, y las familias deben seguir solicitando comidas escolares gratuitas o a precio reducido. La solicitud requiere los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social o una indicación de que no hay número de la Seguridad Social. La información sobre el número de la Seguridad Social no se comunica a ninguna organización externa a el Distrito Escolar del Condado de Garfield No. 16.

12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LOS MISMOS? Indique el monto que percibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente gana $1000 al mes, pero el mes pasado faltó al trabajo y solo ganó $900, anote que gana $1000 al mes. Si normalmente hace horas extra, inclúyalas, pero no las incluya si solo hace horas extra a veces. Si perdió un empleo o le redujeron las horas o el salario, utilice sus ingresos actuales. Se requieren los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social de un miembro adulto del hogar (o la indicación de "ninguno") para procesar la solicitud de ingresos completa.

13. ¿QUÉ OCURRE SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE DECLARAR? Es posible que los miembros de su hogar no perciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que declare en la solicitud o que no perciban ningún ingreso. Cuando esto ocurra, escriba 0 en el campo. No obstante, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contabilizará como cero. Tenga cuidado al dejar en blanco los campos de ingresos, ya que supondremos que es su intención. Se requieren los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social de un miembro adulto del hogar (o la indicación de "ninguno") para procesar la solicitud de ingresos completa.

14. SOMOS MILITARES. ¿DECLARAMOS NUESTROS INGRESOS DE FORMA DIFERENTE? Su salario base y las bonificaciones en efectivo deben declararse como ingresos. Si percibe alguna asignación por valor en efectivo para vivienda, alimentos o

vestimenta fuera del salario base o recibe pagos de asignación complementaria de subsistencia familiar, también debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su hogar forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su asignación de vivienda como ingreso. También se excluye de los ingresos cualquier pago adicional de combate resultante del despliegue.

15. ¿QUÉ OCURRE SI EN LA SOLICITUD NO HAY ESPACIO SUFICIENTE PARA ENUMERAR A MI FAMILIA? Enumere a todos los miembros adicionales del hogar en un papel aparte y adjúntelo a su solicitud. Contacte a **Kim Finn a (970) 285-5701 o kfinn@garfield16.org** de inmediato. para recibir una segunda solicitud.

16. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR? Para saber cómo solicitar otros beneficios de asistencia, póngase en contacto con su oficina de asistencia local. Colorado PEAK es un servicio por Internet para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, alimentaria y monetaria. Puede consultarse en http://coloradopeak.force.com/.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, póngase en contacto con **Kim Finn a (970) 285-5701 o kfinn@garfield16.org** de inmediato.

Atentamente,
Kim S. Finn

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. (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.

Garfield 16 2023-2024 Solicitud Para Comidas Gratis y Reducido Precio Escuela y Estudio De Datos Económicos Familiares

En las escuelas que **participan en la provisión comunitaria de elegibilidad (CEP)**, recibo de comidas escolares no depende de devolver este formulario de hogares. **En las escuelas no-CEP**, este formulario se utilizará para determinar la elegibilidad para las comidas escolares.Complete una sola solicitud por hogar. **Secciones obligatorio completado para los estudiantes en el CEP y non-CEP escuelas se describen abajo.** Favor de usar un bolígrafo.

PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten Garfield 16 (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Nombre del estudiante	Inicial	Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento M M D D A A	Grado	Niño de Acogida	Head Start	Fugitivo	Sin Hogar	Migrante

Marque todas las que apliquen. Lea **Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido** para más información.

PASO 2 Si algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDPIR enumeran el número de caso a continuación.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **Provea el número de caso y vaya al Paso 4.**

Número de caso SNAP | Número de caso TANF | Número de caso FDPIR

PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (omita este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)

A. Ingresos del estudiante

Por favor incluya el ingreso **TOTAL**, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

Ingreso del estudiante $ ____ Semanal ○ | Cada 2 Semanas ○ | 2x Mes ○ | Mensual ○ | Anual ○

B. Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el **TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES)** por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

Nombres de todos los otros miembros del hogar (Nombre y apellido)	Ingresos del trabajo ¿Con qué frecuencia? Semanal | Cada 2 Semanas | 2x Mes | Mensual | Anual	Asistencia pública/ Manutención de hijos/Manutención de cónyuge ¿Con qué frecuencia? Semanal | Cada 2 Semanas | 2x Mes | Mensual | Anual	Pensiones/Jubilación/ cualquier otro ingreso ¿Con qué frecuencia? Semanal | Cada 2 semanas | 2x Mes | Mensual | Anual
	$ ○ ○ ○ ○ ○	$ ○ ○ ○ ○ ○	$ ○ ○ ○ ○ ○
	$ ○ ○ ○ ○ ○	$ ○ ○ ○ ○ ○	$ ○ ○ ○ ○ ○
	$ ○ ○ ○ ○ ○	$ ○ ○ ○ ○ ○	$ ○ ○ ○ ○ ○
	$ ○ ○ ○ ○ ○	$ ○ ○ ○ ○ ○	$ ○ ○ ○ ○ ○

Total de miembros del hogar (Estudiantes y adultos de los pasos 1 y 3) ____

Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o marque 'NO SSN' **SOLO si completó el Paso 3B. Este elemento no es necesario para las escuelas sólo CEP.** XXX-XX- ____ **Marque si no tiene SSN** ☐

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Debuelva la solicitud firmada y completada a: Cualquier escuela Garfield 16 o la oficina de administración.

"Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que la información proporcionada puede ser usada en conexión con los programas educativos federales y estatales. En concreto, entiendo que el distrito escolar puede obtener financiamiento federal y / o estatal adicional basado en la información que he proporcionado. Al firmar abajo, estoy de acuerdo en que el estado de elegibilidad de mi hijo / a puede ser compartido para estos propósitos específicos y como lo permite la ley sin aviso y / o consentimiento específico. Entiendo que si esta información se da en conexión con el recibo de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas y yo podré ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables ".

Dirección Postal o PO Box	# Apt o # Lote	Ciudad	CO	Código postal	Dirección de correo electrónico

Teléfono	**FIRMA** del miembro adulto del hogar	Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta	Fecha de hoy

PASO 5 Divulgación de información

La información proporcionada en esta solicitud se utilizará junto con los programas educativos estatales y es posible que se comparta con las oficinas de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP). Por favor, marque la casilla para excluirse: t:

☐ **NO comparta información con Medicaid/SCHIP**

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted proporcionó en este formulario se podrá compartir con otros programas para los cuales sus hijos puedan calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. Rellenar esta sección del formulario no cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido. **Su información NO SE COMPARTIRÁ a menos que marque una de las casillas siguientes:**

Por favor, comparta mi información con los siguientes programas que he marcado: ☐ Examen de Colocación Avanzada (AP) y/o Cuotas de Libros (AP) ☐ Examen de Aceleración de Oportunidades Universitarias y/o Cuotas de Libros

Vea el reverso de la solicitud ➡

OPCIONAL Identidad racial y étnica de los niños

Tenemos que pedir información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requisitos para comida gratuita o de precio reducido.

Etnia (marque una): ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco

Podría también calificar para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Vea más información a continuación.

COLORADO PEAK

Colorado PEAK es un servicio en línea para los residente de Colorado para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo.

Para conocer más, visite **coloradopeak.force.com**

La ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro digitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro digitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y politicas 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 comuniquese 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.

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12

Application Type:
❑ Total Household Income: $_____ Household Size:_____
Household Income Frequency - ❑ Weekly ❑ Bi-Weekly ❑ 2x/Month ❑Monthly ❑Annually

❑Categorical Eligibility - ❑SNAP ❑FDPIR ❑TANF ❑Foster
❑Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Application Status:
Approved - ❑Free ❑Reduced

Denied - ❑Over Income Guidelines ❑Incomplete/Missing:_____

Notes:_____

Determining Official Signature: Approval/Denial Date: Notification Sent:

2023-2024 COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Querido Padre/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información de su Aplicación para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales podrían calificar sus niños. **Nosotros tenemos que obtener su autorización para compartir información con los siguientes programas. El mandar esta forma no cambiará el hecho de que sus niños reciban comidas gratis o de precio reducido.**

- ❑ No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Aplicación para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

Deténgase aquí si marcó no. Usted no tiene que completar o mandar ésta forma. Su información no será compartida.

- ❑ Sí. Yo QUIERO que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Precio de aplicaciones con **el Director de Deportes para ser considerado para la exención del pago de atletismo y la tarjeta de la actividad de exención de cuotas para la entrada gratuita a las actividades escolares (BUE, GVMS & GVHS).**

- ❑ Sí. Yo QUIERO que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis oa Precio con el el consejero **de la escuela / director para ser considerado para esta exención de pruebas de Colocación Avanzada (GVHS).**

- ❑ Sí! Deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información en mi para comidas gratis oa precio reducido de la aplicación con el consejero **de la escuela / director con fines idenification beca (GVHS solamente).**

- ❑ ¡Sí! Yo quiero funcionario de la escuela compartan la información en mi Escolares Gratis oa precio reducido con la **Secretaria de la Escuela / Director para fines de identificación de programa Upward Bound (sólo GVMS).**

Si usted marcó sí en cualquiera o en todos los cuadros de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____

Dirección: _____

Para más información, usted puede llamar a **Kim Finn** al **285-5701**.