

# Programa Nacional de Almuerzos Escolares/Programa de Desayunos Escolares Carta a los Hogares 2024-25 (Escuelas Públicas)

Estimado(a) Padre/Madre/Tutor:

Completar la Solicitud de Beneficios de Elegibilidad y Nutrición Infantil puede calificarlo para: comidas gratuitas o a precio reducido, beneficios de EBT de verano, tarifas reducidas para otros programas y actividades, y ayudar a asegurar fondos para su distrito escolar. El costo de las comidas escolares se muestra a continuación. El desayuno y el almuerzo se servirán sin costo para aquellos niños que califiquen para comidas gratuitas o a precio reducido en los grados K-12. Todos los Otros estudiantes tendrán que pagar el precio que se muestra aquí abajo.

| REGULAR        |          |          |          |
|----------------|----------|----------|----------|
| Nivel de Grado | Desayuno | Almuerzo | Merienda |
| K-5            | 2.50     | 4.00     | \$       |
| 6-12           | 2.75     | 4.50     | \$       |
|                | \$       | \$       | \$       |
|                | \$       | \$       | \$       |

## ¿Quién debe llenar una solicitud?

Llene la solicitud si:

- El ingreso total del hogar es el MISMO o MENOS de lo que se menciona la Solicitud le notificaremos si la solicitud es aprobada o no aceptada. y Nutrición Infantil puede calificarlo para: comidas gratuitas o a precio reducido, beneficios de EBT de verano, tarifas reducidas para otros programas y actividades, y ayudar a asegurar fondos para su distrito escolar.
- El costo de las comidas escolares se muestra a continuación. El desayuno y el almuerzo se servirán sin costo para aquellos niños que califiquen para comidas gratuitas o a precio reducido en los grados K-12. Todos los demás estudiantes serán cobrados a las tarifas que se muestran a continuación.
- Recibe Alimentos Básicos, participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) para sus hijos.
- Está solicitando para niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal o tribunal.

**Entregue la solicitud a: Northshore School District – 3330 Monte Villa Parkway, Bothell, WA 98012**

Asegúrese de enviar SOLO UNA solicitud por hogar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o denegada. Si algún niño para el que está solicitando; no tiene hogar o es migrante. es sin hogar (McKinney-Vento), o migrante, marque la casilla correspondiente.

## ¿Qué se considera ingreso? ¿Quién se considera un miembro de mi hogar?

Mire la tabla de ingresos a continuación.

cuidado temporal o tribunal son elegibles para comidas gratuitas independientemente del ingreso personal. Si tiene preguntas sobre la solicitud de beneficios de comidas para niños de crianza, comuníquese con nosotros al [425-742-0378](tel:425-742-0378).

| Directrices de Ingresos del Programa de Nutrición Infantil del USDA<br>Válido del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025 |          |         |                  |                  |         |
|---|----------|---------|------------------|------------------|---------|
| Tamaño del Hogar  | Anual    | Mensual | Dos veces al mes | Cada dos semanas | Semanal |
| 1   | \$27,861 | \$2,322 | \$1,161          | \$1,072          | \$536   |
| 2   | \$37,814 | \$3,152 | \$1,576          | \$1,455          | \$728   |
| 3   | \$47,767 | \$3,981 | \$1,991          | \$1,838          | \$919   |
| 4   | \$57,720 | \$4,810 | \$2,405          | \$2,220          | \$1,110 |
| 5   | \$67,673 | \$5,640 | \$2,820          | \$2,603          | \$1,302 |
| 6   | \$77,626 | \$6,469 | \$3,235          | \$2,986          | \$1,493 |
| 7   | \$87,579 | \$7,299 | \$3,650          | \$3,369          | \$1,685 |
| 8   | \$97,532 | \$8,128 | \$4,064          | \$3,752          | \$1,876 |
| <b>Para cada miembro adicional de la familia, agregar:</b>  | \$9,953  | \$830   | \$415            | \$383            | \$192   |

**HOGAR** se define como todas las personas, incluidos padres, hijos, abuelos y todas las personas relacionadas o no que viven en su hogar y comparten los gastos de vida. Si solicita para un hogar con un niño de crianza, puede incluir al niño de crianza en el tamaño total del hogar.

**INGRESO DEL HOGAR** se considera el ingreso que cada miembro del hogar recibe antes de impuestos. Esto incluye salarios, seguridad social, pensión, desempleo, asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye a un niño de crianza como parte del hogar, también debe incluir el ingreso personal del niño de crianza. No informe los pagos de crianza como ingreso.

# Programa Nacional de Almuerzos Escolares/Programa de Desayunos Escolares

## Carta a los Hogares 2024-25 (Escuelas Públicas)

### ¿Qué debe estar en la solicitud?

#### A. Para hogares que no reciben ninguna asistencia:

- Nombre(s) del/los estudiante(s)
- Nombres de todos los miembros del hogar
- Total De Todo los miembros del hogar
- Firma del miembro adulto del hogar
- Últimos 4 dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud (o si el adulto que firma no tiene un número de seguro social, marque la casilla correspondiente).

Complete las Partes 1, 2, 3, 4 y 5; la Parte 6 es opcional.

#### C. Para una familia que recibe Alimentos Básicos/TANF/FDPIR:

- Enumere todos los nombres de los estudiantes
- Ingrese un número de caso
- Firma del miembro adulto del hogar

Complete las Partes 1, 2, 4 y 5. La Parte 6 es opcional.

Los últimos 4 dígitos del SSN no se requieren para C.

#### B. Para hogares con solo niños de crianza •

- Nombre del estudiante
- Firma del miembro adulto del hogar

Complete las Partes 1 y 5; la Parte 6 es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación judicial que muestre que el/los niño(s) de crianza fue/fueron colocado(s) con usted en lugar de llenar un formulario de solicitud.

**No se requieren los últimos 4 dígitos del SSN para B.**

#### D. Para un hogar con niño(s) de crianza y otros niños:

Solicite como un hogar e incluya a los niños de crianza. Siga las instrucciones para "A. Para hogares que no reciben ninguna asistencia:" e incluya el ingreso personal del niño de crianza.

### ¿Qué pasa si no estoy recibiendo soporte financiero básico?

Si ha sido aprobado para alimentos básicos pero no recibe ayuda financiera de Alimentos Básicos, puede ser elegible para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe solicitar beneficios de comidas llenando una solicitud de comidas y devolviéndola a la escuela de su hijo.

### ¿Mis hijos califican automáticamente si tienen un número de caso?

Sí. Los niños en TANF o Alimentos Básicos pueden recibir comidas gratuitas y los niños que reciben algunos beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido sin que el hogar tenga que completar una solicitud. Estos niños son identificados por la escuela utilizando un proceso de comparación de datos. Esta lista comparada se pone a disposición del personal de servicios de alimentos de la escuela de su hijo. Los estudiantes en esta lista reciben comidas gratuitas si sus escuelas tienen el programa de desayuno y/o almuerzo gratuito y a precio reducido (no todas las escuelas lo tienen). Comuníquese con nosotros de inmediato si siente que sus hijos deberían estar recibiendo comidas gratuitas y no lo están. Si no desea que su hijo participe en los programas de comidas gratuitas utilizando este método, notifique a la escuela.

### Si alguien en mi hogar tiene un número de caso, ¿calificarán todos los niños para comidas gratuitas?

Sí. Si alguien más en el hogar tiene un número de caso, que no sea un niño de crianza, debe llenar una solicitud y enviarla a la escuela de su estudiante. Comuníquese con nosotros de inmediato si siente que otros niños en su hogar deberían estar recibiendo comidas gratuitas y no lo están.

### Alimentos Básicos - ¿Puedo calificar para asistencia en la compra de alimentos?

Alimentos Básicos es el programa de cupones de alimentos del estado. Ayuda a los hogares a llegar a fin de mes proporcionando beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Obtener Alimentos Básicos es fácil! Puede solicitar en persona en la Oficina de Servicios Comunitarios de DSHS local, por correo, o en línea. Hay otros beneficios también. Puede obtener información sobre Alimentos Básicos llamando al 1-877-501-2233 o visitando <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

### Estamos en el ejército. ¿Reportamos nuestros ingresos de manera diferente?

Su pago básico y bonificaciones en efectivo deben ser reportados como ingresos. Si recibe alguna asignación de valor en efectivo para vivienda fuera de la base, alimentos o ropa, también debe ser incluida como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su asignación de vivienda como ingreso. Cualquier pago de combate adicional resultante del despliegue también está excluido del ingreso.

### La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar una nueva?

Sí. La solicitud de su hijo solo es válida para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya informado que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

### ¿Qué pasa si algunos miembros del hogar no tienen ingresos?

Los miembros del hogar pueden no recibir algunos tipos de ingresos que le pedimos informar en la solicitud, o pueden no recibir ingresos en absoluto. Siempre que esto ocurra, por favor escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, esos

# Programa Nacional de Almuerzos Escolares/Programa de Desayunos Escolares

## Carta a los Hogares 2024-25 (Escuelas Públicas)

también se contarán como ceros. Por favor, tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que lo hizo intencionalmente.

### Cobertura de Salud

Para consultar o solicitar cobertura de salud para los niños en su familia, visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o llame a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633.

### ¿Qué pasa si mi hijo necesita alimentos especiales?

Si su hijo necesita alimentos especiales, comuníquese con la oficina de servicios de alimentos de la escuela/distrito.

### Prueba de Elegibilidad

La información que proporcione puede ser verificada en cualquier momento. Es posible que se le solicite enviar información adicional para comprobar que su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas y a precio reducido.

### Audiencia Imparcial

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su hijo o el proceso utilizado para comprobar la elegibilidad de ingresos, puede hablar con Rick Ferrell, el oficial de audiencia imparcial. Tiene derecho a una audiencia imparcial, la cual puede ser arreglada llamando a la escuela/distrito escolar al número 425-408-7632.

### Reaplicación

Puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si su ingreso familiar disminuye, aumenta el tamaño de su hogar, queda desempleado, o recibe Basic Food, TANF o FDPIR, puede ser elegible para beneficios y puede llenar una solicitud en ese momento.

### No Discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividad anterior en defensa de los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, Lengua de Señas Americana), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, un denunciante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del denunciante, dirección, número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 o la carta completada debe 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
3. correo electrónico: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**2024-25 APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA NUTRICIÓN INFANTIL Y BENEFICIOS EDUCATIVOS**

Northshore School District - Apply online: WWW.NSD.ORG

Esta aplicación puede calificarlo para: beneficios de comidas, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayuda para asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) están inscritos en una escuela de Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o de Disposición 2, completar esta aplicación no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo. **Northshore School District, 3330 Monte Villa Pkwy, Bothell, WA 98021**

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Si el niño está en cuidado de crianza temporal, sin hogar, o recibiendo servicios abajo el programa de educación migrante, indíquelo colocando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero correcto para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso.  Sin hogar  Migrante

| Apellido del estudiante | Primer nombre del estudiante | Segundo nombre | Niño de crianza          | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado | Ingreso del estudiante | Semanal                  | Cada 2 semanas           | Dos veces por mes        | Mensual                  |
|-------------------------|------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|---------|-------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         |                              |                | <input type="checkbox"/> |                     |         |       | \$                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         |                              |                | <input type="checkbox"/> |                     |         |       | \$                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         |                              |                | <input type="checkbox"/> |                     |         |       | \$                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         |                              |                | <input type="checkbox"/> |                     |         |       | \$                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                         |                              |                | <input type="checkbox"/> |                     |         |       | \$                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food     TANF     Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPIR)    Numero de caso: \_\_\_\_\_

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

| Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar<br>(no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba) | Niño de crianza          | Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción) | Ingreso                  |                          |                          |                          | Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria | Ingreso                  |                          |                          |                          | Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI) | Ingreso                  |                          |                          |                          | Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario | Ingreso                  |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                          |  | Semanal                  | Cada 2 semanas           | Dos veces por mes        | Mensual                  |   | Semanal                  | Cada 2 semanas           | Dos veces por mes        | Mensual                  |   | Semanal                  | Cada 2 semanas           | Dos veces por mes        | Mensual                  |  |                          |                          |                          |                          |
|   | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):  Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN)  Marcar si no tiene SSN:

(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar (opcional si solo está aplicando para EBT de verano) Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a Northshore School District, 3330 Monte Villa Pkwy, Bothell, WA 98021

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que todo el ingreso ha sido reportado, y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de un estado diferente o de una organización Tribal Indígena (si corresponde). Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado, & Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

**6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido**

Marque una o más identidades raciales:

- Indio americano o Nativo de Alaska       Asiático  
 Negro o Afroamericano       Nativo de Hawái o isleño del pacifico  
 Blanco

Marque una identidad:

- Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

**Elegibilidad para Nutrición Infantil:** 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 dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos 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 Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), 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 fi a 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, fi 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 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](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.Declaración de no discriminación del distrito escolar de Northshore:El Distrito Escolar Northshore prohíbe la discriminación por motivos de edad, sexo, estado civil, orientación sexual, incluida la expresión o identidad de género, raza, credo, religión, color, origen nacional, estado militar o veterano dado de baja honorablemente, o la presencia de cualquier trastorno sensorial, mental, o discapacidad física o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por parte de una persona con discapacidad. Los siguientes empleados han sido designados para manejar preguntas y quejas de presunta discriminación ilegal: Director de Recursos Humanos Jerred Kelly (Título IX, ADA y Cumplimiento de Derechos Civiles) [jkelly@nsd.org](mailto:jkelly@nsd.org), 425-408-7622, Director de Estudiantes Servicios Rick Ferrell (Sección 504), [rferrell@nsd.org](mailto:rferrell@nsd.org), 425-408-7632, 3330 Monte Villa Parkway, Bothell, WA 98021.

**PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

**LEA APPROVAL:**  Basic Food/TANF/FDPIR/Foster      Total Household Size \_\_\_\_\_ Weekly      Bi-Weekly      2x per Month      Monthly      Annual  
 Income Household      Total Household Income \$ \_\_\_\_\_

**APPLICATION APPROVED FOR:**  Free Meals      **APPLICATION DENIED BECAUSE:**  Income Over Allowed Amount       Other: \_\_\_\_\_  
 Reduced-Price Meals       Incomplete/Missing Information

\_\_\_\_\_  
 Date Notice Sent

\_\_\_\_\_  
 Signature of Approving Official

\_\_\_\_\_  
 Date