



SUPERINTENDENT
DR. NIK BERGMAN

ASSISTANT SUPERINTENDENT
DAVID GARZA JR.

BOARD MEMBERS
CHAD LOWER | DAYANA RUIZ
SHANNON DURFEE | RITA KEENE
KACEY KIEHN

National School Lunch Program/School Breakfast Program (Programa Nacional de Almuerzos Escolares/Programa de Desayunos Escolares)
Carta a los hogares 2025-26

Estimado(a) padre/madre/tutor:

El distrito escolar de Quincy servirá comidas cada día escolar sin costo alguno. Sin embargo, es importante que complete la solicitud de Child Nutrition Eligibility & Education Benefit (Elegibilidad para Nutrición Infantil y Beneficios Educativos), ya que puede calificar para: Beneficios de EBT de verano, tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayudar a asegurar el financiamiento para su distrito escolar.

¿Quién debe llenar una solicitud?

Llene la solicitud si:

- Los ingresos totales del hogar son IGUALES o INFERIORES a los de la tabla.
- Recibe alimentos básicos, participa en el Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDIPIR) o recibe Temporary Assistance for Needy Families (Ayuda Temporal para Familias Necesitadas, TANF) para sus hijos.
- Está solicitando para niños de acogida que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o de un tribunal.

Entregue la solicitud a cualquier oficina escolar del distrito.

Asegúrese de presentar SÓLO UNA solicitud por hogar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o denegada. Si alguno de los niños para los que presenta la solicitud no tiene hogar (McKinney-Vento) o es inmigrante, marque la casilla correspondiente.

¿Qué se considera como ingresos? ¿A quién se considera miembro de mi hogar?

Consulte la tabla de ingresos que aparece a continuación. Calcule el número de personas que viven en su hogar. Calcule los ingresos totales de su hogar. Si los miembros del hogar cobran en diferentes momentos del mes y no está seguro de si su hogar reúne los requisitos, llene una solicitud y nosotros determinaremos sus ingresos. La información que proporcione se utilizará para determinar si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Los niños de acogida que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o de un tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas

independientemente de los ingresos de uso personal. **Si tiene preguntas sobre la solicitud de beneficios de**

comidas para niños por favor de comunicarse con: Donna Zepeda al 509-787-8972

Programa de Nutrición Infantil del USDA - Pautas de ingresos					
En vigor a partir del 1 de julio de 2025 al 30 de junio de 2026					
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Quincenal	Cada dos semanas	Semanal
1	\$28,953	\$2,413	\$1,207	\$1,114	\$557
2	\$39,128	\$3,261	\$1,631	\$1,505	\$753
3	\$49,303	\$4,109	\$2,055	\$1,897	\$949
4	\$59,478	\$4,957	\$2,479	\$2,288	\$1,144
5	\$69,653	\$5,805	\$2,903	\$2,679	\$1,340
6	\$79,828	\$6,653	\$3,327	\$3,071	\$1,536
7	\$90,003	\$7,501	\$3,751	\$3,462	\$1,731
8	\$100,178	\$8,349	\$4,175	\$3,853	\$1,927
Por cada miembro adicional de la familia, añadir:	\$10,175	\$848	\$424	\$392	\$196

HOGAR se define como todas las personas, incluidos padres, hijos, abuelos y todas las personas emparentadas o no emparentadas que vivan en su hogar y compartan los gastos de manutención. Si solicita una ayuda para un hogar con un niño de acogida, puede incluir al niño de acogida en el tamaño total del hogar.

INGRESOS DEL HOGAR se consideran como los ingresos que cada miembro del hogar ha recibido antes de impuestos. Esto incluye salarios, seguridad social, pensiones, seguro de desempleo, asistencia social, manutención de menores, pensión alimenticia y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye a un niño de acogida como parte del hogar, debe incluir también los ingresos personales del niño de acogida. No declare los pagos de acogida como ingresos.

¿Qué debe figurar en la solicitud?

A. Para los hogares que no reciben ninguna ayuda:

- Nombre(s) del estudiante
- Nombres de todos los demás miembros del hogar
- Ingresos por fuente de todos los miembros del hogar
- Firma del miembro adulto del hogar
- 4 últimos dígitos del número de seguridad social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud (o si el adulto que firma no tiene número de seguridad social, marque la casilla correspondiente).

Complete las *partes 1, 2, 3, 4, y 5*; la parte 6 es opcional.

B. Para hogares con sólo niño(s) de acogida

- 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 demuestre que el (los) niño(s) de acogida fue(ron) colocado(s) con usted en lugar de llenar un formulario de solicitud.

Los últimos 4 dígitos del SSN no son necesarios para el inciso B.

C. Para una familia que recibe Basic Food (Alimentos básicos)/TANF/FDPIR:

- Indique todos los nombres de los estudiantes
- Introduzca 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 son necesarios para el inciso C.

D. Para hogares con niño(s) de acogida y otros niños:

Presente la solicitud como hogar e incluya a los niños de acogida. Siga las indicaciones del inciso "A. Para hogares que no reciben ninguna ayuda:" e incluya los ingresos de uso personal del niño de acogida.

¿Qué pasa si no recibo dólares para alimentos básicos?

Si usted ha sido aprobado para Basic Food (Alimentos básicos) pero no recibe realmente dólares para Basic Food (Alimentos básicos), usted puede ser elegible para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe solicitar los beneficios de comidas llenando una solicitud de comidas y devolviéndola a la escuela de su hijo.

¿Mis hijos cumplen automáticamente los requisitos si tienen un número de caso?

Sí. Los niños que reciben TANF o Basic Food (Alimentos básicos) pueden obtener comidas gratuitas y los niños que reciben algunos beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido sin que la familia tenga que llenar una solicitud. La escuela identifica a estos niños mediante un proceso de cotejo de datos. Esta lista se pone a disposición del personal del servicio de comidas de la escuela de su hijo. Los estudiantes de esta lista reciben comidas gratuitas si sus escuelas tienen el programa de desayunos y/o almuerzos gratuitos o a precio reducido (no todas las escuelas lo tienen). Póngase en contacto con nosotros inmediatamente si cree que sus hijos deberían recibir comidas gratuitas y no las reciben. Si no desea que su hijo participe en los programas de comidas gratuitas utilizando este método, notifíquelo a la escuela.

Si alguien de mi hogar tiene un número de caso, ¿tendrán todos los niños derecho a comidas gratuitas?

Sí. Si alguien más en el hogar tiene un número de caso, que no sea un niño de acogida, debe llenar una solicitud y enviarla a la escuela de su estudiante. Póngase en contacto con nosotros inmediatamente si cree que otros niños de su hogar deberían recibir comidas gratuitas y no las reciben.

Basic Food (Alimentos básicos) - ¿Puedo calificar para una ayuda para comprar alimentos?

Basic Food (Alimentos básicos) es el programa estatal de cupones para alimentos. Ayuda a los hogares a llegar a fin de mes proporcionándoles beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Obtener Basic Food (Alimentos básicos) es fácil! Puede solicitarlo en persona en la Community Service Office (Oficina de Servicios Comunitarios) local del DSHS, por correo o en línea. También hay otros beneficios. Puede informarse sobre Basic Food (Alimentos básicos) llamando al 1-877-501-2233 o ingresando en <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

Somos militares. ¿Debemos declarar nuestros ingresos de forma diferente?

El salario base y las primas en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe algún subsidio de vivienda fuera de la base militar, comida o ropa, también debe incluirlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. Cualquier pago adicional por combate resultante del despliegue también se excluye de los ingresos.

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

Sí. La solicitud de su hijo sólo es válida para ese curso escolar y para los primeros días de este curso. Deberá enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya comunicado que su hijo reúne los requisitos para el nuevo curso escolar.

¿Qué ocurre si algunos miembros del hogar no tienen ingresos que declarar?

Es posible que algunos miembros del hogar no perciban algunos de los ingresos que le pedimos que declare en la solicitud o que no perciban ningún ingreso. En tal caso, escriba un 0 en el campo correspondiente. No obstante, si deja algún campo de ingresos vacío o en blanco, también se contabilizará como un cero. Tenga cuidado al dejar campos de ingresos en blanco, ya que supondremos que era su intención hacerlo.

Cobertura médica

Para informarse o solicitar cobertura médica para los niños de su familia, visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar al Buscador de Planes de Salud de Washington al 1-855-923-4633.

¿Y si mi hijo necesita alimentos especiales?

Si su hijo necesita alimentos especiales, póngase en contacto con la oficina de servicio de alimentos de la escuela/distrito.

Prueba de elegibilidad

La información que proporcione podrá verificarse en cualquier momento. Es posible que se le pida que envíe información adicional para demostrar que su hijo cumple con los requisitos 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 con el proceso utilizado para demostrar la elegibilidad para percibir ingresos, puede hablar con el funcionario encargado de las audiencias imparciales. Tiene derecho a una audiencia imparcial, que puede solicitar llamando a la escuela/distrito escolar al número [509-787-4571](tel:509-787-4571).

Nueva solicitud

Puede solicitar los beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si los ingresos de su hogar disminuyen, aumenta el número de miembros de su hogar, se queda sin empleo o recibe Basic Food (Alimentos básicos), TANF o FDIPIR, es posible que tenga derecho a los beneficios y puede llenar una solicitud en ese momento.

Declaración de No discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

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

Para presentar una queja por discriminación del programa, el Reclamante debe llenar un formulario AD-3027, Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa) del USDA, que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, también puede hacerlo desde cualquier oficina del USDA llamando al (866) 632-9992, o enviando una carta dirigida al USDA. En la carta, debe proporcionar el nombre, el domicilio y el número de teléfono del reclamante, junto con una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con detalles suficientes para informarle al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de los derechos civiles, ASCR) la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 completo o la carta al USDA por cualquiera de los siguientes medios:

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

Los miembros del hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para que los niños califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. **Completar la Solicitud CNEEB no tiene ningún impacto en el estatus migratorio.**

Distrito Escolar de Quincy-Declaración de no discriminación del distrito escolar

El Distrito Escolar de Quincy no discrimina en sus programas o actividades por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano de guerra o grado militar, orientación sexual, expresión de género o identidad, discapacidad o uso de perro guía entrenado o animal de servicio, y ofrece igualdad de acceso a los Boy Scouts y a otros grupos de jóvenes especificados. El empleado mencionado a continuación ha sido designado para atender consultas y quejas de supuesta discriminación: **Coordinador de Título IX:** Nik Bergman, Superintendente, nbergman@qsd.wednet.edu, 119 J Street SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571. **Coordinador de sección 504/ADA:** Victoria Hodge, Directora de Programas Especiales, vhodge@qsd.wednet.edu, 119 J Street SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571. **Coordinador de Derechos Civiles:** David Garza Jr., Asistente Superintendente, dgarza@qsd.wednet.edu, 119 J Street SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571

2025–26 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Solicitud de Elegibilidad para Nutrición Infantil y Beneficios Educativos de 2025-26)

Distrito Escolar de Quincy

Presentar solicitud en línea: <https://www.qsd.wednet.edu/departments/nutrition-services/meal-application>

Esta solicitud puede calificarle para: beneficios de alimentos, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayudar a asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) en una escuela de la Community Eligibility Provision (Disposición de Elegibilidad Comunitaria, CEP) o de la Disposición 2, completar esta solicitud no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo alguno.

Complete, firme y envíe esta solicitud a: Cualquier oficina escolar o al Distrito Escolar de Quincy 404 1st Ave SW Quincy, WA 98848.

Marque aquí si el año pasado recibió beneficios para alimentos:

1. Enumere **todos los estudiantes** que viven con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante está en acogida, sin hogar o recibe servicios de educación para inmigrantes, indíquelo poniendo una "x" en la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque la casilla correcta para indicar con qué frecuencia se recibe. Sin hogar Migrante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	MI	Crianza Temporal	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Bisemanal	Quincenal	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 alguno de los miembros del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. En caso contrario, vaya al punto 3.

Basic Food (Alimentos básicos) TANF Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDIPR)
 Número de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los demás miembros del hogar, indique los ingresos (en dólares enteros) y VERIFIQUE con qué frecuencia los recibe. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de ingresos, está prometiendo que no hay ingresos que declarar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados anteriormente)	Crianza Temporal	Ingresos del trabajo (antes de cualquier deducción)	Ingresos				Asistencia pública/ Manutención de menores/ Pensión alimenticia	Ingresos				Pensiones/ Jubilación/ Seguridad Social (SSI)	Ingresos				Cualquier otro ingreso que no figura en la lista	Ingresos			
			Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual		Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual		Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual		Semanal	Bisemanal	Quincenal	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 hogar (incluya a todas las personas que viven en su hogar): Cuatro últimos dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) de Marque si no tiene SSN:
 (el total debe ser igual al número de miembros del hogar indicados anteriormente) **Asalariado principal u otro miembro del hogar** (Opcional si sólo solicita EBT de verano)

5. Información de contacto y firma - Complete, firme y envíe esta solicitud a:

Yo certifico (prometo) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, que todos los ingresos se declaran y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de otro Estado u Organización Tribal Indígena (si aplica). Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra de molde del Miembro adulto del hogar

Firma del Miembro adulto del hogar

Dirección de correo electrónico

Domicilio postal

Ciudad, Estado y Código postal

Número de teléfono durante el día

Fecha

6. Identidad Racial y Étnica de los Niños (Opcional) - Estamos obligados a solicitar información acerca de la raza y el origen étnico de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Marque una o más identidades raciales:

- Indígena americana o nativo de Alaska Asiática
 Negra o afroamericana Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
 Caucásica

Marque una identidad étnica:

- Hispana o latina
 Ni hispana ni latina

Elegibilidad para Nutrición Infantil: la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social son necesarios cuando se presenta la solicitud en nombre de un niño de acogida o cuando se indica un número de caso del Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) (Basic Food (Alimentos básicos)), del Temporary Assistance for Needy Families Program (Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o del Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDIPIR) u otro identificador del FDIPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no posee un número de seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y aplicación de los programas de comidas y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar las violaciones a las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

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

Para presentar una queja por discriminación del programa, el Reclamante debe llenar un formulario AD-3027, Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa) del USDA, que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, también puede hacerlo desde cualquier oficina del USDA llamando al (866) 632-9992, o enviando una carta dirigida al USDA. En la carta, debe proporcionar el nombre, el domicilio y el número de teléfono del reclamante, junto con una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con detalles suficientes para informarle al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de los derechos civiles, ASCR) la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 completo o la carta a los siguientes domicilios:

- correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
- fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- correo electrónico:**
Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del distrito escolar: **Distrito Escolar de Quincy**

El Distrito Escolar de Quincy no discrimina en sus programas o actividades por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano de guerra o grado militar, orientación sexual, expresión de género o identidad, discapacidad o uso de perro guía entrenado o animal de servicio, y ofrece igualdad de acceso a los Boy Scouts y a otros grupos de jóvenes especificados. El empleado mencionado a continuación ha sido designado para atender consultas y quejas de supuesta discriminación: **Coordinador de Título IX:** Nik Bergman, Superintendente, nbergman@qsd.wednet.edu, 119 J Street SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571. **Coordinador de sección 504/ADA:** Victoria Hodge, Directora de Programas Especiales, vhodge@qsd.wednet.edu, 119 J Street SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571. **Coordinador de Derechos Civiles:** David Garza Jr., Asistente Superintendente, dgarza@qsd.wednet.edu, 119 J Street SW, Quincy, WA 98848, (509) 787-4571. Usted puede reportar discriminación y acoso discriminatorio a cualquier miembro del personal escolar o al Coordinador de Derechos Civiles del distrito, que se indica arriba. También tiene derecho a presentar una queja (AQUÍ). Para obtener una copia de la política y el procedimiento de no discriminación de su distrito, comuníquese con la escuela o la oficina del distrito o visite la página en línea aquí: <https://app.eduportal.com/documents/view/533400>

SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (SÓLO PARA USO ESCOLAR - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA)

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:	<input type="checkbox"/> Basic Food/TANF/FDIPIR/Foster	Total Household Size	_____	Weekly	Bi-Weekly	2x per Month	Monthly	Annual
	<input type="checkbox"/> Income Household	Total Household Income	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPLICATION APPROVED FOR:	<input type="checkbox"/> Free Eligible	APPLICATION DENIED BECAUSE:	<input type="checkbox"/> Income Over Allowed Amount	<input type="checkbox"/> Other: _____				
	<input type="checkbox"/> Reduced-Price Eligible		<input type="checkbox"/> Incomplete/Missing Information					

Date Notice Sent

OSPI

Signature of Approving Official: Donna Zepeda

Página 2 de 2

Date

Abril de 2025