Disposición 2 Año Base Carta a los Padres para los Programas de Comidas Escolares

Estimado Padre/Tutor:

Todos los niños en la escuela recibirán comidas sin cargo, independientemente de los ingresos del hogar o de completar este formulario. Sin embargo, se recomienda encarecidamente a las familias que completen y presenten la solicitud de Precio Gratuito y Reducido, ya que este formulario se utiliza para determinar los beneficios de elegibilidad para fondos/programas estatales y federales.

A continuación se presentan preguntas y respuestas comunes para ayudar con el proceso de solicitud.

1. **¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO?** No. Complete una Solicitud para todos los niños en el hogar y devuélvala a: **FRLApplications@mamkschools.org** o Mamaroneck Union Free School District, 1000 W. Boston Post Road, Mamaroneck, NY 10543 Attn: Registration Department. Teléfono: **(914) 220-3151**.

2. **¿QUIÉN PUEDE CALIFICAR PARA LOS BENEFICIOS FEDERALES DE COMIDAS GRATUITAS?**

- Todos los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), son elegibles para recibir comidas gratuitas. La elegibilidad categórica para los beneficios de comidas gratuitas se extiende a todos los niños de un hogar cuando la solicitud enumera el número de caso de un Programa de Asistencia para cualquier miembro del hogar.
- Los niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o tribunal de crianza temporal son elegibles para recibir comidas gratuitas, independientemente de sus ingresos.
- Los niños que participan en el Programa Head Start de su escuela son elegibles para recibir comidas gratuitas.
- Los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, fugitivos o migrantes son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los hogares con niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, fugitivos o migrantes deben llamar o enviar un correo electrónico a **MUFSD, Lissi García, lgarcia-mamkschools.org** para ver si califican.
- Los niños pueden recibir comidas gratis si el ingreso bruto de su hogar está dentro de los límites de precio gratuito o reducido en las Pautas Federales de Elegibilidad de Ingresos. Los estudiantes en el estado de Nueva York que sean aprobados para comidas a precio reducido recibirán desayuno, almuerzo, comidas y refrigerios servidos a través del Programa de Refrigerios después de la escuela sin cargo.
- Su(s) hijo(s) cumple(n) con los criterios de ingresos si los ingresos del hogar son iguales o inferiores a los límites de esta tabla:

2026-2027 Pautas de Elegibilidad de Ingresos de Precio Reducido					
Tamaño del hogar	anual	mensual	Dos veces al mes	Dos veces al mes	Semanal
1	$ 29,526	$ 2,461	$ 1,231	$ 1,136	$ 568
2	$ 40,034	$ 3,337	$ 1,669	$1,540	$ 770
3	$ 50,542	$ 4,212	$ 2,106	$ 1,944	$ 972
4	$ 61,050	$ 4,957	$ 2,544	$ 2,349	$ 1,175
5	$ 71,558	$ 5,088	$ 2,982	$ 2,753	$ 1,377
6	$ 82,066	$ 6,839	$ 3,420	$ 3,157	$ 1,579
7	$ 92,574	$ 7,715	$ 3,858	$ 3,561	$ 1,781
8	$ 103,082	$ 8,591	$ 4,296	$ 3,965	$ 1,983
Cada persona Add'l, añadir	$ 10,508	$ 876	$ 438	$ 405	$ 203

3. **¿DEBO LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR QUE DICE QUE MIS HIJOS ESTÁN APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS?** Por favor, lea atentamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al 914-220-3151 si tiene preguntas.

4. **LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE RELLENAR OTRO?** Sí, la solicitud de su hijo solo es válida para ese año escolar y se transfiere durante los primeros 30 días hábiles de este año escolar (o hasta que se haga una nueva determinación de elegibilidad, lo que ocurra primero).

5. **RECIBO BENEFICIOS PARA MUJERES, BEBÉS Y NIÑOS (WIC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Todos los niños en las escuelas que participan en el programa de Comidas Gratuitas Universales reciben comidas sin cargo, sin embargo, los hogares que participan en WIC pueden recibir beneficios elegibles gratuitos o a precio reducido. Por favor llene una Solicitud para Comidas/Leche Escolar Gratis y a Precio Reducido.

6. **¿SE COMPROBARÁ LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE?** Las escuelas están obligadas a llevar a cabo la verificación de una muestra de las solicitudes presentadas. Si su solicitud es seleccionada, se requiere una prueba escrita de los ingresos del hogar.

7. **SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD MÁS TARDE?** Sí, puede presentar su solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se queda sin empleo o que experimenta dificultades financieras a mitad de año pueden ser elegibles para beneficios elegibles gratuitos y a precio reducido si los ingresos del hogar caen por debajo del límite de ingresos.

8. **¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD?** Debes hablar con los funcionarios de la escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **Jesse Dancy, Directora de Investigación, Evaluación y Rendición de Cuentas, Distrito Escolar Libre de la Unión de Mamaroneck, 1000 W. Boston Post Road, Mamaroneck, NY 10543.**

9. **¿PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?** Sí. Usted, su(s) hijo(s) u otros miembros del hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para beneficios elegibles gratuitos o a precio reducido.

10. **¿A QUIÉNES DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI HOGAR?** Debe incluir a todas las personas que viven en su hogar, relacionadas o no (como abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas a las que no apoya, que no comparten ingresos con usted ni con sus hijos, y que pagan una parte prorrateada de los gastos), no las incluya.

11. **¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos?** Enumere la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente hace $1000 cada mes, pero se perdió algún trabajo el mes pasado y sólo hizo $900, poner que hizo $1000 por mes. Si normalmente obtiene horas extras, incluyalo, pero no lo incluya si sólo trabaja horas extras a veces. Si ha perdido un trabajo o ha reducido sus horas o salarios, use sus ingresos actuales.

12. **ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS NUESTROS INGRESOS DE MANERA DIFERENTE?** Su salario básico y bonificaciones en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe algún subsidio de valor en efectivo para vivienda, comida, ropa fuera de la base, también debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es 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.

13. **MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS A LOS QUE PODRÍAMOS POSTULAR?** Para saber cómo solicitar SNAP u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al 1-800-342-3009.

Cómo presentar una solicitud: Complete una Solicitud de Comidas/Leche Escolar Gratis y a Precio Reducido, siguiendo las instrucciones del formulario, para su hogar y devuélvala a la oficina designada que figura en la solicitud. Todos los miembros del hogar y los niños deben figurar en una sola solicitud.

- Si recibe beneficios de SNAP o TANF o participa en el FDPIR, la solicitud debe incluir los nombres de los niños, el número de caso de SNAP, TANF o FDPIR del hogar y la firma de un miembro adulto del hogar.
    - Comunícate con tu Departamento de Servicios Sociales local para obtener tu número de caso de SNAP o TAN, si es necesario.
    - No es necesario presentar una solicitud si la Autoridad de Alimentos Escolares notificó al hogar que sus hijos han sido certificados directamente en base a la participación en el Programa de Asistencia. Si el hogar no está seguro de si sus hijos han sido certificados directamente, el hogar debe comunicarse con la escuela.
- Si no indica un número de caso de SNAP, TANF o FDPIR para ningún miembro del hogar, la solicitud debe incluir los nombres de todos los miembros del hogar, la cantidad de ingresos de cada miembro del hogar, la frecuencia con la que se reciben y de dónde provienen. Debe incluir la firma de un miembro adulto del hogar y los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de ese adulto o marcar la casilla si el adulto no tiene un número de seguro social.
- **Una solicitud de beneficios gratuitos o a precio reducido no puede ser aprobada a menos que se presente la información completa de elegibilidad, como se indica en la solicitud y en las instrucciones.** Le informaremos cuando su solicitud sea aprobada o denegada.

Reporte de cambios: Los beneficios para los que se le aprobó en el momento de la solicitud son efectivos durante todo el año escolar.

Servicio de comidas para niños con discapacidades: Las regulaciones federales requieren que las escuelas e instituciones sirvan comidas sin cargo adicional a los niños con una discapacidad que puede restringir su dieta. Un estudiante con una discapacidad se define en 7CFR Parte 15b.3 de las regulaciones federales, como alguien que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida de dicho individuo, un registro de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento.Las principales actividades de la vida incluyen, entre otras: funciones como el cuidado de sí mismo, la realización de tareas manuales, la vista, el oído, la alimentación, el sueño, el caminar, el pie, el levantar objetos, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Debe solicitar modificaciones de comidas a la escuela y proporcionar a la escuela una declaración médica de un profesional de la salud con licencia estatal o un dietista registrado. **Si cree que su hijo necesita sustituciones debido a una discapacidad, póngase en contacto con nosotros para obtener más información, ya que hay información específica que debe contener el certificado médico.**

Confidencialidad: El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos ha aprobado la divulgación de los nombres de los estudiantes y el estado de elegibilidad, sin el consentimiento de los padres/tutores, a personas directamente relacionadas con la administración o aplicación de programas educativos federales como el Título I y la Evaluación Nacional del Progreso Educativo (NAEP), que son programas del Departamento de Educación de los Estados Unidos que se utilizan para determinar áreas como la asignación de fondos a las escuelas, para evaluar el estado socioeconómico del área de asistencia de la escuela y para evaluar el progreso educativo. La información también puede ser divulgada a los programas estatales de salud o educación estatales administrados por la agencia estatal o la agencia de educación local, siempre que la agencia de educación estatal o local administre el programa, y los programas federales de nutrición estatales o locales similares al Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Además, toda la información contenida en la solicitud de precio gratuito y reducido puede divulgarse a personas directamente relacionadas con la administración o aplicación de programas autorizados bajo la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (NSLA) o la Ley de Nutrición Infantil (CNA); incluyendo los Programas Nacionales de Almuerzos y Desayunos Escolares, el Programa Especial de Leche, el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos, el Programa de Servicio de Alimentos y el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC); el Contralor General de los Estados Unidos para fines de auditoría, y los funcionarios federales, estatales o locales encargados de hacer cumplir la ley que investigan la presunta violación de los programas bajo la NSLA o la CNA. **La divulgación de información de elegibilidad no autorizada específicamente por la NSLA requiere una declaración de consentimiento por escrito del padre/tutor.**

En la operación de los programas de alimentación infantil, ningún niño será discriminado por motivos de raza, sexo, color, nacionalidad, edad, discapacidad o dominio limitado del inglés.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al (914) 220-3151.

Gracias,

Departamento de Registro de Mamaroneck

Nondiscrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly.
In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at How to File a Program Discrimination Complaint and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

1. **mail:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410
   Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
   (202) 690-7442; or
3. **email:**
   program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

Date Withdrew_____ F ____R _____D_____

2026-2027 Solicitud para comidas escolares gratis y a precios reducidos

Las escuelas están obligadas a establecer elegibilidad gratuita y a precios reducidos mientras ofrecen comidas sin cargo. Por favor complete la solicitud gratuita de comidas a precio reducido para su(s) hijo(s), luego firme y **devuélvala a la dirección que aparece a continuación**. Llame al **(914) 220-3151** si necesita ayuda. Los nombres adicionales se pueden enumerar en un documento separado.

Devuelva aplicaciones completas a ***FRLapplication@mamkschools.org***

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:
Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO #_____

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)
Todos los miembros del hogar (incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).
Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba ' 0 '. Si introduce ' 0' o dejar los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar Incluya A TODOS LOS miembros del hogar no mencionados anteriormente.	Ganancias del trabajo antes de las deducciones ***Cantidad/Frecuencia***	La manutención de menores, pensión alimenticia ***Cantidad/Frecuencia***	Pensiones, los pagos de jubilación ***Cantidad/Frecuencia***	Otros ingresos, Seguridad Social ***Cantidad/Frecuencia***	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	$ _____ / Select...	$ _____ /Select...	$ _____ / Select...	$ _____ /Select...	☐
	$ _____ /Select...	$ _____ /Select...	$ _____ /Select...	$ _____ /Select...	☐
	$ _____ /Select...	$ _____ /Select...	$ _____ / Select...	$ _____ /Select...	☐
	$ _____ /Select...	$ _____ /Select...	$ _____ / Select...	$ _____ / Select...	☐
	$ _____ /Select...	$ _____ /Select...	$ _____ /Select...	$ _____ /Select...	☐

Totales miembros de la familia (niños y adultos)
Select...

Últimos cuatros dígitos del Numero de Seguridad Social: XXX-XX- __ __ __ __

No tengo un SS# ☐

* Al completar la sección 3, un miembro de adulto del hogar tiene que proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#), o marcar el " no tengo un numero de SS#" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado.
Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportado. Entiendo que les doy esta información para que la escuela recibirá fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: _____ **Fecha:** _____
Dirección de correo electrónico: _____
Teléfono de la casa: _____Teléfono del trabajo: _____ Dirección de la casa:_____

5. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayudaa garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico : ☐ Hispano o latino ☐No hispano o 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

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

☐ SNAP/TANF/Foster
☐ Income Household: Total Household Income/How Often: _____/_____ Household Size: _____
☐ Free Meals ☐ Reduced Price Meals ☐ Denied/Paid
Signature of Reviewing Official_____ **Date Notice Sent:**_____

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela **FRLapplication@mamkschools.org** Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda **914-220-3151**. Asegure de que toda la información se proporciona. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 **TODOS LOS HOGARES NECESITEN COMPLETAR LA Información. NO LLENE MAS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.**

(1) Imprima los nombres de los niños para usted está aplicando en una sola aplicación.
(2) Liste su grado y escuela.
(3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, o escapado de casa (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 **HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETE PARTE 2 Y FIRME PARTE 4**

(1) Liste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
(2) Un miembro adulto del hogar necesite firmar la solicitud en PARTE 4. Omita PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDPIR número.

PARTE 3 **TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 4.**

(3) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no recibe ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
(4) Escriba la cantidad de ingresos Corrientes de cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual.** El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos **no** deben ser considerados como ingresos para este programa.
(5) Pon el número total de miembros de la familia en la cajita. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
(6) La aplicación debe contener sólo los últimos cuatros dígitos del Numero de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tenga un Numeró de Seguridad Social, marque la cajita. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
(7) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN: El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto asalariado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted lista un numero de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE 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 ingles), 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 de seas americano, 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 Discriminacion del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. 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:

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

- Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE COMIDA GRATUITA O A PRECIO REDUCIDO

Al completar el formulario de solicitud, preste mucha atención a estos consejos útiles.

Número de caso de SNAP/TANF/FDPIR: Este debe ser el número de caso válido completo que le proporcionó la agencia, incluidos todos los números y letras, por ejemplo, E123456 o cualquier combinación que se use en su condado. Consulte una carta que recibió de su Departamento de Servicios Sociales local para obtener su número de caso o comuníquese con ellos para obtener su número.

Niño de crianza: Un niño que vive con una familia pero que está bajo el cuidado legal de la agencia de asistencia social o del tribunal puede figurar en su solicitud familiar. Enumere los ingresos de "uso personal" del niño. Esto incluye solo aquellos fondos proporcionados por la agencia que se identifican para el uso personal del niño, como asignaciones para gastos personales, dinero recibido por su familia o de un trabajo. Los fondos proporcionados para vivienda, alimentación y atención, necesidades médicas y terapéuticas no se consideran ingresos para el niño de crianza. Escriba "0" si el niño no tiene ingresos de uso personal.

Hogar: Un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que viven en una casa y comparten ingresos y gastos.

Miembros adultos de la familia: Todas las personas relacionadas y no relacionadas que tengan 21 años de edad o más y que vivan en su casa.

Financieramente Independiente: Una persona es financieramente independiente y una unidad económica/hogar separada cuando sus ganancias y gastos no son compartidos por la familia/hogar. Las unidades económicas separadas en la misma residencia se caracterizan por el prorrateo de los gastos y por la independencia económica entre sí.

Ingreso Bruto Actual: Dinero ganado o recibido en el momento actual por cada miembro de su hogar antes de las deducciones. Ejemplos de deducciones son los impuestos federales, los impuestos estatales y las deducciones del Seguro Social. Si tiene más de un trabajo, debe anotar los ingresos de todos los trabajos. Si recibe ingresos de más de una fuente (salario, pensión alimenticia, manutención de los hijos, etc.), debe enumerar los ingresos de todas las fuentes. Solo los agricultores, los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores migrantes y otros empleados estacionales pueden usar sus ingresos de los últimos 12 meses informados en sus formularios de impuestos 1040.

Ejemplos de ingresos brutos son:

- Sueldos, salarios, propinas, comisiones o ingresos del trabajo por cuenta propia
- Ingresos netos de la granja: ventas brutas menos gastos solamente -no pérdidas
- Pensiones, anualidades u otros ingresos de jubilación, incluidos los beneficios de jubilación del Seguro Social
- el subsidio de desempleo
- Pagos de asistencia social (no incluye el valor de SNAP)
- Pagos de Asistencia Pública
- Asistencia para la adopción
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o beneficios del Seguro Social para sobrevivientes
- Pagos de pensión alimenticia o manutención infantil
- Beneficios por discapacidad, incluida la compensación laboral
- Beneficios de subsistencia para veteranos
- Ingresos por intereses o dividendos
- Dinero en efectivo retirado de ahorros, inversiones, fideicomisos y otros recursos que estarían disponibles para pagar las comidas de un niño
- Otros ingresos en efectivo

Exclusiones de ingresos: El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso de los costos incurridos para dicho cuidado bajo el Fondo de Desarrollo del Cuidado Infantil (Subvención en Bloque) no debe considerarse como ingreso para este programa.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, comuníquese con:

Oficina de Registro

(914) 220-3151

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

PARA RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO O LECHE GRATIS

Año escolar 2026-2027

Estimado padre/tutor:

Si su hijo es elegible para recibir comidas federales gratuitas o a precio reducido o leche gratis, también puede ser elegible para otros beneficios. Para recibir estos beneficios, debe proporcionar su consentimiento por escrito para permitir que los funcionarios de la escuela den su nombre, dirección, y una indicación de que su hogar es elegible para recibir comidas federales gratuitas o a precio reducido o leche gratis, a los representantes de ciertos programas. **El hecho de no firmar una declaración de consentimiento que permita la divulgación de esta información no afectará la elegibilidad o participación de su hijo en los programas de comidas escolares o leche.**

Algunos de los programas que pueden solicitar nombres e información de elegibilidad para proporcionar beneficios, y para los cuales se requiere el consentimiento de los padres/tutores, incluyen: programas federales de seguro de salud como Medicaid o el programa de seguro de salud para niños (CHIP),Algunos de los programas que pueden solicitar nombres e información de elegibilidad para proporcionar beneficios, y para los cuales se requiere el consentimiento de los padres/tutores, incluyen: programas federales de seguro de salud como Medicaid o el programa de seguro de salud para niños (CHIP), otros programas federales, programas estatales, programas locales de salud y educación y otras actividades locales. Por ejemplo, la divulgación de la elegibilidad de los niños para recibir comidas gratuitas o a precio reducido o leche gratis para determinar la elegibilidad para libros de texto gratuitos, instrumentos de banda gratuitos, canastas navideñas, útiles escolares, etc., o tarifas reducidas para la escuela de verano o programas de educación vial, requeriría el consentimiento por escrito del padre/tutor del niño.

Si desea dar su consentimiento para divulgar la información contenida en la solicitud federal gratuita o de precio reducido de su hijo, para recibir otros beneficios, complete la declaración de consentimiento adjunta.

Llame a la Oficina de Registro al (914) 220-3151 si tiene preguntas.

In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at How to File a Program Discrimination Complaint and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

1. **mail:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410
   Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
   (202) 690-7442; or
3. **email:**
   program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO

(varios programas)

Los funcionarios escolares pueden divulgar información que demuestre que mi hijo(s) es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido o leche gratis a los siguientes programas. Entiendo que la información solo se proporcionará a los programas verificados.

(Marque la casilla junto a la(s) área(s) del programa a la(s) que desea divulgar información)

- Programas federales de salud como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- Programas estatales o federales como el programa de Trabajo de Verano Juvenil o el Programa de Búsqueda de Talentos Educativos.
- Programas locales de salud y educación y otros programas locales que brindan beneficios como libros de texto o útiles escolares
- gratuitos, instrumentos de banda gratuitos o tarifas reducidas para la escuela de verano o la educación vial.
- Programas comunitarios como canastas navideñas, artes de verano y programas de juegos infantiles.

Entiendo que daré a conocer información que demostrará que mi hijo(s) son elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido o leche gratis. Doy mi consentimiento para divulgar mi información confidencial para los usos mencionados anteriormente.

Niño/Niños:

_____

_____

_____

Certifico que soy el padre/tutor del niño para quien se hizo la solicitud.

Firma del padre/tutor: _____

Firma con letra de molde:_____

Dirreción _____

número de teléfono:_____

Fecha: _____

Nondiscrimination Statement:
In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at How to File a Program Discrimination Complaint and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

1. **mail:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410
   Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
   (202) 690-7442; or
3. **email:**
   program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

FRL 26-27-Spanish

Interim Agreement Report 2026-08-21

Created:	2026-07-27 (Eastern Daylight Time)
By:	Registration Office (registration@mamkschools.org)
Status:	Web Form
Transaction ID:	CBJCHBCAABAAyiKj0pLlK98ptAPfEfzhjFWaNtqn9bQo

Agreement History

Agreement history is the list of the events that have impacted the status of the agreement prior to the final signature. A final audit report will be generated when the agreement is complete.

"FRL 26-27-Spanish" History

Document created by Registration Office (registration@mamkschools.org)
2026-07-27 - 1:00:37 PM EDT

Adobe Acrobat Sign