

Programa Nacional de Almuerzos Escolares/Programa de Desayunos Escolares Carta a los hogares 2024-25 (escuelas públicas)

Estimado Padre / Tutor:

Completar la Solicitud de beneficios educativos y de elegibilidad de nutrición infantil puede calificar para: comidas gratuitas o a precio reducido, beneficios EBT de verano, tarifas reducidas para otros programas y actividades y ayuda para 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 a aquellos niños que califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en los grados K-12. A todos los demás estudiantes se les cobrarán las tarifas que se muestran a continuación.

REGULAR			
Nivel de grado	Desayuno	Almuerzo	Bocadillo
escuela primaria	\$ 2.50	\$ 3.60	\$ n/a
Escuela intermedia	\$ 2.50	\$ 3.85	\$ n/a
Escuela secundaria	\$ 2.75	\$ 4.10	\$ n/a
	\$	\$	\$

¿Quién debe completar una solicitud?

Complete la solicitud si:

- El ingreso total del hogar es IGUAL o MENOR que la cantidad en la tabla.
- Recibe Alimentos Básicos, participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) para sus hijos.
- Está solicitando niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal.

Entregue la solicitud a la escuela de su hijo o a la Oficina del Distrito Escolar de Washougal 4855 Evergreen Way Washougal WA 98671.

Asegúrese de enviar SÓLO UNA solicitud por hogar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o rechazada. Si algún niño para el que solicita no tiene hogar (McKinney-Vento) o es migrante, marque la casilla correspondiente.

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

Mire la tabla de ingresos a continuación. Encuentre el tamaño de su hogar. Encuentre el ingreso total de su hogar. Si a los miembros de su hogar se les paga en diferentes momentos durante el mes y no está seguro de si su hogar es elegible, complete una solicitud y determinaremos su elegibilidad de ingresos por usted. La información que usted proporcione se utilizará para determinar la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal son elegibles para recibir comidas gratis independientemente de sus ingresos para uso personal. Si tiene preguntas sobre cómo solicitar beneficios de comidas para niños de crianza, comuníquese con nosotros al 360-954-3069.

Pautas de ingresos del programa de nutrición infantil del USDA En vigor desde el 1 de julio de 2024 hasta el 30 de junio de 2025					
Familiar Tamaño	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanalmente
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
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:	\$9,953	\$830	\$415	\$383	\$192

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

Se considera **INGRESOS DEL HOGAR** los ingresos que recibía cada miembro del hogar antes de impuestos. Esto incluye salarios, seguridad social, pensiones, desempleo, bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye un niño de crianza como parte del hogar, también debe incluir los ingresos personales del niño de crianza. No declare los pagos de crianza como ingresos

¿Qué debe contener la solicitud?

A. Para hogares que no reciben ninguna asistencia:

- Nombre(s) del estudiante
- Nombres de todos los miembros del hogar
- Ingresos por fuente para todos los miembros del hogar
- Firma del miembro adulto del hogar
- Los 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 asociada).

Complete las Partes 1, 2, 3, 4 y 5; La parte 6 es opcional.

B. Para hogares con únicamente niños de crianza

- El nombre del estudiante
- Firma de un 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 los niños de crianza fueron colocados con usted en lugar de completar un formulario de solicitud.

Programa Nacional de Almuerzos Escolares/Programa de Desayunos Escolares

Carta a los hogares 2024-25 (escuelas públicas)

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

¿Qué debe contener la solicitud? *continuado*

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

- Enumere 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

D. Para hogares con un(os) niño(s) de crianza y otros niños:

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

¿Qué pasa si no recibo dólares para alimentos básicos?

Si ha sido aprobado para Alimentos Básicos pero en realidad no recibe dólares de Alimentos Básicos, puede ser elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Debe solicitar beneficios de comidas completando 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 que reciben TANF o Basic Food pueden recibir comidas gratis y los niños que reciben algunos beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido sin que el hogar tenga que completar una solicitud. La escuela identifica a estos niños mediante un proceso de comparación de datos. Esta lista coincidente se pone a disposición del personal del servicio de alimentos de la escuela de su hijo. Los estudiantes en esta lista reciben comidas gratis 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 cree que sus hijos deberían recibir comidas gratis y no lo hacen. 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, ¿todos los niños calificarán para recibir comidas gratis?

Sí. Si alguien más en el hogar tiene un número de caso, que no sea un niño de crianza, debe completar una solicitud y enviarla a la escuela de su estudiante. Comuníquese con nosotros de inmediato si cree que otros niños en su hogar deberían recibir comidas gratis y no lo reciben.

Alimentos Básicos - ¿Puedo calificar para recibir asistencia para comprar alimentos?

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

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

Su salario básico y sus bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe asignaciones de valor en efectivo para vivienda, comida o ropa fuera de la base, también debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. Cualquier pago de combate adicional resultante del despliegue también se excluye de los ingresos.

La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar uno nuevo?

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

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

Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que informe en la solicitud, o que no reciban ningún ingreso en absoluto. Siempre que esto suceda, escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si algún campo de ingresos queda vacío o en blanco, también se contará como ceros. Tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que era su intención.

Cobertura de salud

Para consultar o solicitar cobertura de atención médica para niños de su familia, visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar 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 usted proporcione podrá ser verificada en cualquier momento. Es posible que se le solicite que envíe información adicional para demostrar que su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Audiencia justa

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su hijo o el proceso utilizado para demostrar la elegibilidad de ingresos, puede hablar con Aaron Hansen, el funcionario de audiencia imparcial. Tiene derecho a una audiencia imparcial que puede concertarse llamando a la escuela/distrito escolar a este número 360-954-3014.

Reaplicación

Puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si tiene una disminución en los ingresos del hogar, un aumento en el tamaño del hogar, se queda desempleado o recibe Alimentos Básicos, TANF o FDPIR, puede ser elegible para recibir beneficios y puede completar una solicitud en ese momento.

2024–25 Solicitud de elegibilidad para nutrición infantil y beneficios educativos - DISTRITO ESCOLAR DE WASHOUGAL

Aplica online: <https://www2.wsipc.wa-k12.net/launch/bookmark-swrdc-washougal.html>

Esta solicitud 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 Disposición 2, completar esta solicitud no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo.

Complete, firme y devuelva esta solicitud a: la escuela de su hijo o la Oficina del Distrito Escolar de Washougal 4855 Evergreen Way Washougal WA 98671

Marque aquí si recibió beneficios de alimentación el año pasado:

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante está en cuidado de crianza, se encuentra sin hogar o recibe servicios de educación para migrantes, indíquelo colocando una "x" en el cuadro correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque una "x" en el cuadro correcto para indicar con qué frecuencia se recibe. Sin hogar Inmigrante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	Alentar	Fecha de nacimiento	Escuela	Nivel de grado	Estudiantes Ingreso	semanalmente	quincenal	dos veces al mes	ingreso 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 hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. Si no, vaya al Paso 3.

Alimentos básicos TANF Programa de distribución de alimentos en reservas indias (FDIPR) Número de caso: _____

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

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes enumerados anteriormente)	Alentar	Ganancias del trabajo (antes de cualquier deducción)	Ingresos				Asistencia pública/ Manutención de los hijos/ Pensión alimenticia	Ingresos				Pensiones/ Jubilación/ Seguro Social (SSI)	Ingresos				Cualquier otro ingreso Aún no listado	Ingresos			
			semanalmente	quincenal	dos veces al mes	ingreso mensual		semanalmente	quincenal	dos veces al mes	ingreso mensual		semanalmente	quincenal	dos veces al mes	ingreso 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"/>

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

(el total enumerado debe ser igual al número de miembros del hogar enumerados anteriormente) Asalariado principal u otro miembro del hogar (opcional si solo solicita EBT de verano)

5. Información de contacto y firma: complete, firme y devuelva esta solicitud a:

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que se declaran todos los ingresos 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 en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa intencionalmente, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre impreso del miembro adulto del hogar

Firma del miembro adulto del hogar

Dirección de correo electrónico

Dirección de envío

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional): debemos solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que estemos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o de precio reducido.

Marque una o más identidades raciales:

- Indio americano o nativo de Alaska Asiático
 Negro o afroamericano Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
 Blanco

Marque una identidad étnica:

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Elegibilidad para nutrición infantil: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o enumera un Programa de asistencia nutricional suplementaria (alimentos básicos), un programa de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) o un programa de distribución de alimentos en reservaciones indias. (FDPIR) número de caso u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

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 o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), 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 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 demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo 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; or
2. **fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **correo electrónico**
Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del Distrito Escolar de Washougal

El Distrito Escolar de Washougal no discrimina en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano o militar, orientación sexual, expresión de género, identidad de género, discapacidad o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio y proporciona igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Los siguientes empleados han sido designados para manejar preguntas y quejas de presunta discriminación: Coordinador de Derechos Civiles: Connor McCroskey, 4855 Evergreen Way, Washougal WA 98671, (360) 954-3020; Oficial del Título IX: Brian Wilde, 1201 39th Street, Washougal WA 98671, (360) 954-3104; Coordinador de la Sección 504: Connor McCroskey, 4855 Evergreen Way, Washougal WA 98671, (360) 954-3020.

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/FDPIR/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

Signature of Approving Official

Date

**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION DE ELEGIBILIDAD
AL PROGRAMA CON OTROS PROGRAMAS ESCOLARES
Año Escolar 2024-25**

Si usted califica para recibir comidas gratis o a precio reducido basado en el tamaño o ingreso de su grupo familiar, o si usted recibe beneficios de Comidas Básicas (Basic Food), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), o ha sido Directamente Certificado (Directly Certified) como elegible para recibir alimentos gratis, usted podría ser elegible para recibir un rebajo en los cargos para participar en otros programas escolares. La presentación o falta de presentación de este formulario no afectará la elegibilidad para comidas gratis o a precio reducido de su hijo/a.

Usted debe marcar la casilla para cada programa en el cual desea participar y firme el formulario para permitir que su estado de elegibilidad sea compartido para obtener beneficios en los otros programas.

Marque para participar	Nombre del programa escolar	Cómo la información compartida será utilizada
<input type="checkbox"/>		

Imprima el nombre del (los) estudiante(s) aquí:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____ Tel.: _____

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: 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

**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION DE ELEGIBILIDAD
AL PROGRAMA CON OTROS PROGRAMAS ESCOLARES
Año Escolar 2024-25**

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

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.