

A. Russell Hughes
Superintendent of Schools

COMIDAS ESCOLARES

AÑO ESCOLAR 2019-20

Estimados Padres/Tutores:

El Distrito Escolar de Walton County ofrece comidas saludables todos los días escolares. Un desayuno bien equilibrado y un almuerzo saludable son necesarios para que los alumnos aprendan en el ambiente de un currículo rico. Nuestros menús se cambian consistentemente basados en el aporte de los alumnos y los padres. Nos alegra proveer buenas opciones de comida para el Año Escolar 2019-2020.

Puede que sus hijos califiquen para comidas **gratuitas o a precio reducido**. El precio de las comidas están a continuación:

		Precio	Reducido
Desayuno:	Todas escuelas	\$1.85	\$0.30
Almuerzo	Elemental	\$2.60	\$0.40
	Intermedia/Secundaria	\$2.85	\$0.40

Puede solicitar comidas gratuitas o a precio reducido de estas maneras:

1. Solicitar en línea por casa con facilidad al www.ezmealapp.com
Este método es el más rápido y los padres que incluyan la dirección de correo electrónico recibirán una respuesta por correo electrónico y una carta de tipo de beneficio el mismo día que se procese.
2. Entregar **UNA** solicitud de papel por casa.

Abajo se encuentran unas preguntas y respuestas frecuentes para ayudar en el proceso de determinar la elegibilidad de su hijo/a.

#1. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Todos los niños en una casa que recibe beneficios de los siguientes programas pueden recibir comidas gratuitas a pesar de su ingreso:

- Programa de Ayuda para Nutrición Suplementaria. (SNAP),
- Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indias. (FDPIR),
- Medicaid o Ayuda Temporal a Familias Necesitadas (TANF),

Al mismo tiempo, sus niños pueden recibir comidas gratuitas si el ingreso bruto familiar está dentro de los límites gratuitos en las Pautas de Elegibilidad del Ingreso Federal.

Muy IMPORTANTE:

Si usted ha recibido un AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA para comidas gratuitas: NO complete esta solicitud. SI, avise a la escuela si algún niño en su casa no está en la lista en el Aviso de Certificación Directa.

#2. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA HIJO? **No.** Use **una** Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido para todos los alumnos en su casa. Todos los alumnos en la solicitud recibirán el mismo beneficio aun si asisten a escuelas diferentes. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así asegúrese de LLENAR TODA LA INFORMACIÓN REQUISITA. Devuelva la solicitud a la escuela o complete en línea en el sitio web del Distrito.

#3. LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR OTRA NUEVA? **SÍ** La solicitud de su hijo/a es válida para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Debería mandar una nueva solicitud a menos que la escuela le dijera que su hijo/a esté elegible para el nuevo año escolar.

#4. ¿LOS NIÑOS DE ACOGIDA PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? **SÍ.** Los niños de acogida que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de Cuidado de Acogida o una Tribunal están elegibles para recibir comidas

gratuitas. Se les exige a los padres contactar con el Designado Intermediario de Acogida del Distrito, el Dr. Randy Stafford para ayuda.

#5. ¿LOS NIÑOS SIN TECHO, FUGITIVOS, DE HEADSTART Y EMIGRANTES PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? SÍ. Los niños que coinciden con la descripción de sin techo, fugitivos o migrantes están elegibles para comidas gratuitas. Se les exige a los padres contactar con el designado **Intermediario del Sin Techo del Distrito** Janet Brack o el **Intermediario del Migrante del Distrito**, Jaime Mitchell para ayuda

#6. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIO REDUCIDO? Los niños pueden recibir comidas a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido en el Gráfico de Ingreso de la Elegibilidad Federal, demostrado en la solicitud. .

#7. DEBERÍA LLENAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA EN ESTE AÑO ESCOLAR QUE DICE QUE MIS HIJOS ESTÁN APROBADOS PARA COMIDAS GRATUITAS? No. Haga el favor de leer la carta cuidadosamente y siga las indicaciones. Sólo los que tengan niños en Head Start financiado por el estado y los que hayan sido definidos por el Acto de Educación Elemental y Secundaria de 1965 como los sin techo, fugitivos, emigrantes o de acogida deberían haber recibido una carta. Llame a la escuela si tiene preguntas

#8. RECIBO BENEFICIOS DE MUJERES, BEBES Y NIÑOS (WIC). ¿MIS HIJOS PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Los niños en casas que participen en WIC pueden estar elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido. Haga el favor de mandar una solicitud.

#9. ¿SE COMPROBARÁ LA INFORMACIÓN QUE MANDO? Sí y puede que le pidamos que mande la prueba por escrito.

#10. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO SOLICITAR MÁS ADELANTE? Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con padres desempleados pueden llegar a ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso familiar se baja bajo el límite de ingreso.

#11. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA REFERENTE A MI SOLICITUD? Debería hablar a los funcionarios de la escuela. O puede pedir una vista por medio de llamar o escribir a su escuela.

#12. ¿PUEDO SOLICITAR SI UNA PERSONA EN MI CASA NO ES UN CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos para calificar para comidas gratuitas o a precio reducido.

#13. ¿A QUIÉN INCLUYO COMO MIEMBROS DE MI CASA ? Debe incluir a todas las personas que viven en su casa, emparentadas o no (tales como los abuelos, y otros parientes o amigos) quienes comparten ingresos y gastos. Debe incluir a si mismo y todos los niños que viven con usted. Si vive con otras personas que son independientes económicamente (por ejemplo, personas a quienes no sostiene económicamente, quienes no comparten ingresos con usted o sus hijos y quienes pagan una parte prorrateada de los gastos), no les incluya.

#14. ¿Y SI MIS INGRESOS NO ESTÁN SIEMPRE ESTABLES? Escriba la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente gana \$1000 al mes, pero que faltó al trabajo unos días del mes pasado y solo ganó \$900 escriba que gana \$1000 al mes. Si normalmente gana de horas extraordinarias, inclúyalo, pero no lo incluya si sólo trabaja de horas extraordinarias de vez en cuando. Si ha perdido un trabajo, o sus horas o salario están reducidos, use su ingreso actual.

#15. SOMOS UNA FAMILIA MILITAR. ¿INCLUIMOS NUESTRO SUBSIDIO DE VIVIENDA COMO INGRESO? Si tiene un subsidio de vivienda fuera de la base, debería incluirse como ingreso. Sin embargo si la vivienda forma parte de la Iniciativa de la Privatización de Vivienda, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso

#16. MI ESPOSA/O ESTÁ DESPLEGADO EN UNA ZONA DE COMBATE, ¿SU SALARIO DE COMBATE SE CUENTA COMO INGRESO? No, si el salario de combate se recibe en adición a su salario básico debido a su despliegue y no se recibió antes de su despliegue, el salario de combate no se cuenta como ingreso. Contacte con la escuela de su hijo/a para más información.

Si tiene otras preguntas o si necesita ayuda, llame al (850) 892-1100 ext. 1361 y estaremos encantados de ayudarle.

Atentamente,

Departamento de Servicios de Comida y Nutrición. (Food & Nutrition Services Department)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

UN MIEMBRO DEL HOGAR ES UN NIÑO O ADULTO QUE VIVA CON USTED

SI SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DE **FLORIDA SNAP, FLORIDA TANF, O EL PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDIGENAS (FDPIR)**], SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). **Asegúrese de marcar la casilla para los estudiantes inscritos actualmente.**

Part 2: Anote el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciben beneficios de: **Florida SNAP, Florida TANF, o FDPIR**

Part 3: Salte esta parte.

Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Por favor, devuelva el formulario al gerente de la cafetería en su escuela.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE **Florida SNAP, Florida TANF, O FDPIR** Y SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS EN SU CASA ESTAN SIN HOGAR, ES EMIGRANTE, ABANDONADO, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de los niños (si lo conoce). Si algún niño para el que esta aplicando es sin hogar, emigrante, Head Start o fugitivo marque el casillero correspondiente y llame a [**your school, homeless liaison, runaway, head start or migrant coordinator**].

District Homeless Liaison: Janet Brack

District Migrant Liaison: Jaime Mitchell

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.

Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 3

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Por favor, devuelva el formulario al gerente de la cafetería en su escuela.

SI USTED ESTA APLICANDO PARA UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en la casa son hijos de crianza:

Part 1: Incluya los nombres de todos los hijos de crianza y el número de estudiante de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza. Todos los niños adoptivos deben comunicarse con el Enlace de Foster del Distrito, **Dr. Randy Stafford**.

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Salte esta parte.

Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Por favor, devuelva el formulario al gerente de la cafetería en su escuela.

Si alguno de los niños en la casa son hijos de crianza:

Part 1: Incluya todos los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). Para cualquier persona, incluyendo a los niños que no tienen ingresos deben marcar la casilla "**Sin Ingresos**". Marque la casilla para cada hijo de crianza. Si algún niño para el que está aplicando es sin hogar, emigrante o Head Start, marque la casilla correspondiente y si usted tiene preguntas llame a la escuela.

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.

Part 4: Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene número).

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Por favor, devuelva el formulario al gerente de la cafetería en su escuela.

TODAS LAS DEMÁS FAMILIAS, INCLUYENDO LAS QUE RECIBEN WIC, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de todos los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). Para cualquier persona, incluyendo a los niños que no tienen ingresos, debe marcar la casilla “**Sin Ingresos**” Marque la casilla para cada hijo de crianza. Si algún niño para el que está aplicando es sin hogar, Head Start, un hijo de crianza o fugitivo marque la casilla correspondiente y llame a la escuela o a un Oficial correspondiente.

Foster Liaison: Dr. Randy Stafford

Migrant Liaison: Jaime Mitchell

Homeless Liaison: Janet Brack

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado

- **Sección 1–Nombre:** Escriba los nombres de todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Sección 2 –**
 - **Ingresos Brutos y con qué frecuencia lo reciben:** Para cada miembro del hogar que se incluye en la parte 1, indicar que tipo de ingreso recibe durante el mes. y con cuanta frecuencia recibe el dinero: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual.
 - **Ingresos:** Asegúrese de anotar el **Ingreso Bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Usted puede encontrar esta información en el comprobante de pago, o su jefe le puede decir.
 - **Ingresos recibidos por asistencia social, manutención de los hijos o pensión alimenticia:** Escriba la cantidad que cada persona recibe
 - **Ingresos recibidos por concepto de Jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios VA) o beneficios por discapacidad :** Escriba la cantidad que cada persona recibe.
 - **Otros Ingresos:** por Compensación Laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, la Educación Federal o pagos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Solo los trabajadores autónomos bajo ganancias de trabajo declara los ingresos después de gastos. Esto es para su negocio de granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estas subvenciones como ingresos.

Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar caen en o por debajo de los límites de esta tabla:

CARTA DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD FEDERAL PARA EL AÑO ESCOLAR 2019-2020			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	23,107	1,926	445
2	31,284	2,607	602
3	39,461	3,289	759
4	47,638	3,970	917
5	55,815	4,652	1,074
6	63,992	5,333	1,231
7	72,169	6,015	1,388
8	80,346	6,696	1,546
Cada persona adicional:	+8,177	+682	+158

Part 4: Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene numero)

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Por favor, devuelva el formulario al gerente de la cafetería en su escuela.

2019-2020

SOLICITUD FAMILIAR DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

PART 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR		** REGRESE ESTA APLICACIÓN A LA ESCUELA DE SU HIJO**					Marque la casilla si no tiene ingresos
Nombres de todos los miembros del hogar. (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Número de Estudiante	Marque en la casilla de abajo si el niño es de crianza, sin hogar, emigrante, fugitivo o Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es de crianza, sin hogar, fugitivo, emigrante o Head Start, pase a la Parte 4 y firme esta solicitud.					
		Crianza	Sin Hogar	Emigrante	Fugitivo	Head Start	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 2. BENEFICIOS
 SI ALGUN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE **Florida SNAP, FDPIR o Florida TANF**, PROPORCIONE EL NOMBRE Y EL NUMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS BENEFICIOS Y PASE A LA **PORTE 4. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS PASE A LA PARTE 3.**
 NONBRE: _____ NONBRE DEL PROGRAMA _____ NUMERO DE CASO: (NO EL NUMERO DE TARJETA) _____

PART 3. INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR (ANTES DE DEDUCCIONES). Indique los nombres de las personas que reciben ingresos, cuanto recibe y con qué frecuencia lo recibe en la misma línea. REGISTRE CADA INGRESO UNA SOLA VEZ.

1. NOMBRE (ESCRIBA LOS NOMBRES SOLO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	2. INGRESO BRUTO Y CON QUE FRECUENCIA LO RECIBEN																			
	Ganancias de trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Asistencia Social, Sustento de Menores, Pensión Alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Seguro Social, SSI, VA, Beneficios de jubilación	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (como beneficios de desempleo)	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual
<i>(Ejemplo) Juan Pérez</i>	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>				\$150	<input checked="" type="checkbox"/>				\$0					\$0				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				

PART 4. FIRMA Y LOS CUATRO ÚLTIMOS DIGITOS DEL SEGURO SOCIAL (FIRMA DE UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la solicitud debe escribir los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar el casillero "No tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración al reverso de la página.)
Yo certifico (prometo) Que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que doy, Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede ser compartido según lo permitido por la ley.

Firma: _____ Nombre : _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: * * * - * * - _____ No tengo Número de Seguro Social

La información contenida en esta aplicación pudiera ser compartida con otros programas federales o locales de salud a cuales su(s) hijo(s) pudieran calificar, sin embargo su permiso será necesario. Esto no afectará su elegibilidad para los almuerzos de la escuela. Pudieran los oficiales de la escuela compartir la información de esta aplicación con otros programas? No Si Niños también pueden calificar para seguro medico y dental gratis o a precio bajo a través de Florida KidCare. La aplicación se puede encontrar en floridakidcare.org o puede llamar al 1-888-540-5437 para mas información.

PART 5. IDENTIDAD ETNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una etnia: Hispano/Latino Asiático Negro o Afroamericano Blanco

Elija una o más (independiente del grupo etnico): Asiático Negro o Afroamericano Blanco

• NO LLENE ESTA PARTE. ESTO ES PARA USO DE LA ESCUELA.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Date Withdrawn: _____

Reason for denial or withdrawal: _____ **Check if Error Prone Application**

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

No Hispano/Latino

Indio Americano o Nativo de Alaska

Hawaiano o de otra Isla del Pacífico

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla

TABLA FEDERAL DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS Para el Año Escolar 2019-2020			
Número de personas en el hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	23,107	1,926	445
2	31,284	2,607	602
3	39,461	3,289	759
4	47,638	3,970	917
5	55,815	4,652	1,074
6	63,992	5,333	1,231
7	72,169	6,015	1,388
8	80,346	6,696	1,546
Adicional por persona:	+8,177	+682	+158

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Programa (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas Familias Necesitadas (FDIPIR) u otro identificador FDIPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. Nosotros PODRÍAMOS compartir 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 personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno 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: (202) 690-7442; o
correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

Date of Contact	Staff Initials	Name of Household Member Contacted	Detailed Information Received