

ARCHDIOCESE OF NEW YORK / DEPARTMENT OF EDUCATION  
CHILD NUTRITION PROGRAM  
1011 FIRST AVENUE, 7<sup>th</sup> Floor, NEW YORK, NY 10022  
PHONE (212) 371-1011 FAX (212) 421-3760

Dear Parent/Guardian:

Children need healthy meals to learn. Schools offer healthy meals every school day. Breakfast costs **\$1.75**; lunch costs **\$2.75**. Your children may qualify for free meals or for reduced price meals. **Students in New York State that are approved for reduced price meals will receive breakfast and lunch meals at no charge.**

1. DO I NEED TO FILL OUT AN APPLICATION FOR EACH CHILD? No. Complete the application to apply for free or reduced price meals. *Use one Free and Reduced Price School Meals Application for all students in your household.* We cannot approve an application that is not complete, so be sure to fill out all required information. **Return the completed application to your school.**
2. WHO CAN GET FREE MEALS? All children in households receiving benefits from **SNAP, the Food Distribution Program on Indian Reservations** or **TANF**, can get free meals regardless of your income. Categorical eligibility for free meal benefits is extended to all children in a household when the application lists an Assistance Program's case number for any household member. Also, your children can get free meals if your household's gross income is within the free limits on the Federal Income Eligibility Guidelines. Households with children who are categorically eligible through an Other Source Categorically Eligible designation, as defined by law, may be eligible for free benefits and should contact the SFA for assistance in receiving benefits.
3. CAN FOSTER CHILDREN GET FREE MEALS? Yes, foster children that are under the legal responsibility of a foster care agency or court, are eligible for free meals. Any foster child in the household is eligible for free meals regardless of income. Foster children may also be included as a member of the foster family if the foster family chooses to also apply for benefits for other children. If non-foster children in a foster family are not eligible for free or reduced price meal benefits, an eligible foster child will still receive free benefits.
4. CAN HOMELESS, RUNAWAY, AND MIGRANT CHILDREN GET FREE MEALS? Yes, children who meet the definition of homeless, runaway, or migrant qualify for free meals. If you haven't been told your children will get free meals, **please call or e-mail your school** to see if they qualify.
5. WHO CAN GET REDUCED PRICE MEALS? Your children can get low cost meals if your household income is within the reduced price limits on the Federal Eligibility Income Chart, shown on this application.
6. SHOULD I FILL OUT AN APPLICATION IF I RECEIVED A LETTER, THIS SCHOOL YEAR SAYING MY CHILDREN ARE APPROVED FOR FREE MEALS? Please read the letter you got carefully and follow the instructions. Call your school if you have questions.
7. MY CHILD'S APPLICATION WAS APPROVED LAST YEAR. DO I NEED TO FILL OUT ANOTHER ONE? Yes. Your child's application is only good for that school year and for the first 30 operating days of this school year. You must send in a new application unless the school told you that your child is eligible for the new school year.
8. I GET WIC. CAN MY CHILD(REN) GET FREE MEALS? Children in households participating in WIC may be eligible for free or reduced price meals. Please fill out a FREE/REDUCED PRICE MEAL application.
9. WILL THE INFORMATION I GIVE BE CHECKED? Yes, and we may also ask you to send written proof.
10. IF I DON'T QUALIFY NOW, MAY I APPLY LATER? Yes, you may apply at any time during the school year. For example, children with a parent or guardian who becomes unemployed may become eligible for free and reduced price meals if the household income drops below the income limit.
11. WHAT IF I DISAGREE WITH THE SCHOOL'S DECISION ABOUT MY APPLICATION? You should talk to school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to your school.
12. MAY I APPLY IF SOMEONE IN MY HOUSEHOLD IS NOT A U.S. CITIZEN? Yes. You or your child(ren) do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced price meals.
13. WHO SHOULD I INCLUDE AS MEMBERS OF MY HOUSEHOLD? You must include all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends) who share income and expenses. You must include yourself and all children living with you. If you live with other people who are economically independent (for example, people who you do not support, who do not share income with you or your children, and who pay a pro-rated share of expenses), do not include them.
14. WHAT IF MY INCOME IS NOT ALWAYS THE SAME? List the amount that you normally receive. For example, if you normally make \$1000 each month, but you missed some work last month and only made \$900, put down that you made \$1000 per month. If you normally get overtime, include it, but do not include it if you only work overtime sometimes. If you have lost a job or had your hours or wages reduced, use your current income.
15. WE ARE IN THE MILITARY. DO WE INCLUDE OUR HOUSING ALLOWANCE AS INCOME? If you get an off-base housing allowance, it must be included as income. However, if your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income.
16. MY SPOUSE IS DEPLOYED TO A COMBAT ZONE. IS HER COMBAT PAY COUNTED AS INCOME? No, if the combat pay is received in addition to her basic pay because of her deployment and it wasn't received before she was deployed, combat pay is not counted as income. Contact your school for more information.
17. MY FAMILY NEEDS MORE HELP. ARE THERE OTHER PROGRAMS WE MIGHT APPLY FOR? To find out how to apply for **SNAP** or other assistance benefits, contact your local assistance office or call **1-800-342-3009**.

**IN ORDER TO APPLY FOR FREE OR REDUCED PRICE MEALS, PLEASE RETURN THE COMPLETED APPLICATION BY SEPTEMBER 18, 2020 TO YOUR SCHOOL.**

**2020-2021 INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES  
FOR FREE AND REDUCED PRICE MEALS OR FREE MILK**

**REDUCED PRICE ELIGIBILITY INCOME CHART**

Total Family Size	Annual	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	\$ 23,606	\$ 1,968	\$ 984	\$ 908	\$ 454
2	\$ 31,894	\$ 2,658	\$ 1,329	\$ 1,227	\$ 614
3	\$ 40,182	\$ 3,349	\$ 1,675	\$ 1,546	\$ 773
4	\$ 48,470	\$ 4,040	\$ 2,020	\$ 1,865	\$ 933
5	\$ 56,758	\$ 4,730	\$ 2,365	\$ 2,183	\$ 1,092
6	\$ 65,046	\$ 5,421	\$ 2,711	\$ 2,502	\$ 1,251
7	\$ 73,334	\$ 6,112	\$ 3,056	\$ 2,821	\$ 1,411
8	\$ 81,622	\$ 6,802	\$ 3,401	\$ 3,140	\$ 1,570
*Each Add'l person add	\$ 8,288	\$ 691	\$ 346	\$ 319	\$ 160

**How to Apply:** To get free or reduced price meals for your children carefully complete one application following the instructions for your household and return it to the designated office listed on the application. If you now receive SNAP, Temporary Assistance to Needy Families (TANF) for any children or participate in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), the application must include the children's names, the household SNAP, TANF or FDPIR case number and the signature of an adult household member. All children should be listed on the same application. If you do not list a SNAP, TANF or FDPIR case number for any household member, the application must include the names of everyone in the household, the amount of income each household member, and how often it is received and where it comes from. It must include the signature of an adult household member and the last four digits of that adult's social security number, or check the box if the adult does not have a social security number. **An application for free and reduced price benefits cannot be approved unless complete eligibility information is submitted, as indicated on the application and in the instructions.** Contact your local Department of Social Services for your SNAP or TANF case number or complete the income portion of the application. No application is necessary if the household was notified by the SFA their children have been directly certified. If the household is not sure if their children have been directly certified, the household should contact the school.

**Reporting Changes:** The benefits that you are approved for at the time of application are effective for the entire school year and up to 30 operating days into the new school year (or until a new eligibility determination is made, whichever comes first). You no longer need to report changes for an increase in income or decrease in household size, or if you no longer receive SNAP.

**Income Exclusions:** The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care Development (Block Grant) Fund should not be considered as income for this program.

**Reduced Price Eligible Students: Effective as of July 1, 2019, students in New York State that are approved for reduced price meals will receive breakfast and lunch meals at no charge.**

In the operation of child feeding programs, no child will be discriminated against because of race, sex, color, national origin, age or disability

**Meal Service to Children With Disabilities:** Federal regulations require schools and institutions to serve meals at no extra charge to children with a disability which may restrict their diet. A student with a disability is defined in 7CFR Part 15b.3 of Federal regulations, as one who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities of such individual, a record of such an impairment or being regarded as having such an impairment. Major life activities include but are not limited to: functions such as caring for one's self, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, communicating, and working. You must request meal modifications from the school and provide the school with medical statement from a State licensed healthcare professional. If you believe your child needs substitutions because of a disability, please get in touch with us for further information, as there is specific information that the medical statement must contain.

**Confidentiality:** The United States Department of Agriculture has approved the release of students names and eligibility status, without parent/guardian consent, to persons directly connected with the administration or enforcement of federal education programs such as Title I and the National Assessment of Educational Progress (NAEP), which are United States Department of Education programs used to determine areas such as the allocation of funds to schools, to evaluate socioeconomic status of the school's attendance area, and to assess educational progress. Information may also be released to State health or State education programs administered by the State agency or local education agency, provided the State or local education agency administers the program, and federal State or local nutrition programs similar to the National School Lunch Program. Additionally, all information contained in the free and reduced price application may be released to persons directly connected with the administration or enforcement of programs authorized under the National School Lunch Act (NSLA) or Child Nutrition Act (CNA); including the National School Lunch and School Breakfast Programs, the Special Milk Program, the Child and Adult Care Food Program, Summer Food Service Program and the Special Supplemental Nutrition Program for Women Infants and Children (WIC); the Comptroller General of the United States for audit purposes, and federal, State or local law enforcement officials investigating alleged violation of the programs under the NSLA or CNA.

**Reapplication:** You may apply for benefits any time during the school year. Also, if you are not eligible now, but during the school year become unemployed, have a decrease in household income, or an increase in family size you may request and complete an application at that time.

The disclosure of eligibility information not specifically authorized by the NSLA requires a written consent statement from the parent/guardian. We will let you know when your application is approved or denied.

**Nondiscrimination Statement:** This explains what to do if you believe you have been treated unfairly.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), 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  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.



Date Withdrew \_\_\_\_\_

F \_\_\_\_ R \_\_\_\_ D \_\_\_\_

**Archdiocese of New York / Department of Education  
Child Nutrition Program**

1011 First Avenue, 7<sup>th</sup> Floor, New York, NY 10022 Phone (212) 371-1011 ext. 2769 Fax (212) 421-3760

**2020-2021 Application for Free and Reduced Price School Meals/Milk**

To apply for free and reduced price meals for your children, read the instructions on the back, **complete only one form** for your household, sign your name and **return it to your child's school**. Call the school if you need help. Additional names may be listed on a separate paper.

1. List all children in your household who attend school:

Student Name	School	Grade	Foster Child	Homeless Migrant, Runaway
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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. SNAP/TANF/FDPIR Benefits:

If anyone in your household receives either SNAP, TANF or FDPIR benefits, list their name s and CASE # here. **Skip to Part 4, and sign the application.**

Name: \_\_\_\_\_ CASE #: \_\_\_\_\_

3. Report all income for ALL Household Members (Skip this step if you answered 'yes' to step 2)

**All Household Members (including yourself and all children that have income).**

List all Household members not listed in Step 1 (including yourself) **even if they do not receive income**. For each Household Member listed, if they do receive income, report total income for each source in whole dollars only. If they do not receive income from any other source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of household member	Earnings from work before deductions <i>Amount / How Often</i>	Child Support, Alimony <i>Amount / How Often</i>	Pensions, Retirement Payments <i>Amount / How Often</i>	Other Income, Social Security <i>Amount / How Often</i>	No Income
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Total Household Members (Children and Adults) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \*Last Four Digits of Social Security Number: XXX-XX- \_\_\_\_ - \_\_\_\_

I do not have SS #

\*When completing section 3, an adult household member must provide the last four digits of their Social Security Number (SS#), or mark the "I do not have a SS # box" before the application can be approved.

4. Signature: An adult household member must sign this application before it can be approved. I certify (promise) that all the information on this application is true and that all income is reported. I understand that the information is being given so the school will get federal funds; the school officials may verify the information and if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable State and federal laws, and my children may lose meal benefits.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Home Address: \_\_\_\_\_

5. Ethnicity and Race are optional; responding to this section does not affect your children's eligibility for free or reduced price meals.

Ethnicity:  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino

Race:  American Indian or Alaskan Native  Asian  Black or African American  Native Hawaiian or Other Pacific Island  White

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY**

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: \_\_\_\_\_

## APPLICATION INSTRUCTIONS

To apply for free and reduced price meals complete only one application for your household using the instructions below. Sign the application and return the application to your child/children's school.

If you have a foster child in your household, you may include them on your application. A separate application is no longer needed. Call the school if you need help. Ensure that all information is provided. Failure to do so may result in denial of benefits for your child or unnecessary delay in approving your application.

### **PART 1 ALL HOUSEHOLDS MUST COMPLETE STUDENT INFORMATION. DO NOT FILL OUT MORE THAN ONE APPLICATION FOR YOUR HOUSEHOLD.**

- (1) Print the names of the children, including foster children, for whom you are applying on one application.
- (2) List their grade and school.
- (3) Check the box to indicate a foster child living in your household, or if you believe any child meets the description for homeless, migrant, runaway (a school staff will confirm this eligibility).

### **PART 2 HOUSEHOLDS GETTING SNAP, TANF OR FDPIR SHOULD COMPLETE PART 2 AND SIGN PART 4.**

- (1) List a current SNAP, TANF or FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) case number of anyone living in your household. The case number is provided on your benefit letter.
- (2) An adult household member must sign the application in PART 4. SKIP PART 3. Do not list names of household members or income if you list a SNAP case number, TANF or FDPIR number.

### **PART 3 ALL OTHER HOUSEHOLDS MUST COMPLETE THESE PARTS AND ALL OF PART 4.**

- (1) Write the names of everyone in your household, whether or not they get income. Include yourself, the children you are applying for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people in your household. Use another piece of paper if you need more space.
- (2) Write the amount of current income each household member receives, before taxes or anything else is taken out, and indicate where it came from, such as earnings, welfare, pensions and other income. If the current income was more or less than usual, write that person's usual income. **Specify how often this income amount is received: weekly, every other week (bi-weekly), 2 x per month, monthly. If no income, check the box.** The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care and Development Block Grant, TANF and At Risk Child Care Programs should **not** be considered as income for this program.
- (3) Enter the total number of household members in the box provided. This number should include all adults and children in the household and should reflect the members listed in PART 1 and PART 3.
- (4) The application must include the last four digits only of the social security number of the adult who signs **PART 4** if Part 3 is completed. If the adult does not have a social security number, check the box. **If you listed a SNAP, TANF or FDPIR number, a social security number is not needed.**
- (5) An adult household member must sign the application in PART 4.

**OTHER BENEFITS:** Your child may be eligible for benefits such as Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP). To determine if your child is eligible, program officials need information from your free and reduced price meal application. Your written consent is required before any information may be released, some of the agencies we may share your information with may include agencies responsible for issuing SANAP, TANF and/or Medicaid benefits, as well as the Archdiocese of New York Inner City Scholarship Fund, Catholic Charities, New York State Department of Education, New York City Board of Education, Superintendent of Schools, ADAPP or any other organization the Office of the Superintendent of Schools may designate. You have the option to OPT out of this disclosure by checking the "NO" box below. Failure to respond may result in a presumption of consent. This form will not change whether your children get free priced meals.

**NO! I DO NOT want school officials to share information from my free Price School Meals Application**

### **USE OF INFORMATION STATEMENT**

Use of Information Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not submit all needed information, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the primary wage earner or other adult household member who signs the application. The social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs.

We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

### **DISCRIMINATION COMPLAINTS**

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

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 Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), 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  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

ARCHDIOCESE OF NEW YORK / DEPARTMENT OF EDUCATION  
CHILD NUTRITION PROGRAM  
1011 FIRST AVENUE, 7<sup>th</sup> Floor, NEW YORK, NY 10022  
PHONE (212) 371-1011 FAX (212) 421-3760

Estimado padre de familia/tutor:

Los niños necesitan alimentos saludables para aprender. Las Escuelas ofrecen alimentos saludables cada día de clases. El desayuno cuesta \$1.75; almuerzo cuesta \$2.75. Sus hijos pueden obtener alimentos gratuitos o a precio reducido. **A partir del 1 de julio de 2019, los estudiantes del estado de Nueva York que sean aprobados para recibir alimentos a precio reducido recibirán desayunos y almuerzos sin costo.**

1. ¿Necesito rellenar una solicitud por cada niño? No. Complete la solicitud para solicitar por comida gratis o a precio reducido. Use una *Solicitud de Comidas Escolares Gratis o a Precios Reducidos por todos los estudiantes en su hogar*. No aprobemos una solicitud incompleto, así asegúrese llenar toda la información requerida. **Entregue la solicitud completa a su escuela.**
2. ¿Quién puede recibir comidas gratis? Todos los niños en hogares que reciben beneficios de **[SNAP de Estado], [el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas] o [TANF de Estado]**, pueden recibir comidas gratis a pesar de sus ingresos. También, sus hijos pueden recibir comidas gratis si los ingresos totales de su hogar están dentro de los límites de la Tabla Federal de Elegibilidad de Ingresos.
3. ¿Hijos de crianza pueden recibir comidas gratis? Sí, hijos de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o tribunal, son elegibles para recibir comidas gratis. Cualquier hijo de crianza en el hogar es elegible para recibir comidas gratis sin importar sus ingresos.
4. ¿Pueden niños sin hogar, migrantes, o fugitivos reciben comidas gratis? Si, los niños que cumplen la definición de sin hogar, migrante, o fugitivo califican para recibir comidas gratis. Si nadie se le ha dicho que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor llame o envíe un correo electrónico a su escuela para ver si califican.
5. ¿Quién puede recibir comidas a precios reducidos? Sus hijos pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de precio reducido en la Tabla Federal de Elegibilidad de Ingresos, mostrada en esta solicitud.
6. ¿Debo rellenar una solicitud si he recibido una carta escolar este año que dice que mis hijos están aprobados para recibir comidas gratis? Por favor, lea la carta que recibió con cuidado y siga las instrucciones. Llame la escuela si tienes preguntas.
7. La solicitud de mi hijo(a) fue aprobado el año pasado. ¿Necesito completar otra? Sí. La solicitud de su hijo(a) solo es aceptable para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Usted necesita enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le dijo que su hijo(a) es elegible por el año escolar nuevo.
8. Yo recibo WIC. ¿Mis hijos pueden recibir comidas gratis? Niños en hogares participando en WIC pueden ser elegible para recibir comidas gratis o a precios reducidos. Por favor, llene una solicitud.
9. ¿La información que doy se controla? Sí, y también podemos pedirle que envíe prueba escrita.
10. Si no califico ahora, ¿puedo solicitar más tarde? Sí, puede solicitar a cualquier tiempo durante el año escolar. Por ejemplo, niños con un padre o tutor que se haga sin empleo pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precios reducidos si los ingresos del hogar caigan bajo el límite de ingresos
11. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud? Debe hablar con funcionarios de la escuela. Además, puede pedirla por una vista por llamando o escribiendo a su escuela.
12. ¿Puedo solicitar si alguien en mi hogar no es un ciudadano de los Estados Unidos? Sí. Usted o sus hijos no necesitan ser ciudadanos de los EE.UU. para calificar para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
13. ¿Quién debo incluir como miembros de mi hogar? Tiene que incluir todas las personas que viven en su hogar, familia o no (como abuelos, otros parientes, o amigos) que comparten ingresos y gastos. Es necesario que incluye sí mismo y todos los niños que viven con usted. Si vive con otras personas que son independientes económicamente (por ejemplo, personas que no se apoya, que no comparten ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una cuota prorrateada), no las incluya.
14. ¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual? Apunte la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1000 cada mes, pero faltó trabajo el mes pasado y ganó \$900, indique que gana \$1000 cada mes. Si normalmente recibe horas extras, las incluye, pero no incluye si sólo trabaja horas extras a veces. Si usted ha perdido un trabajo o tuvo una reducción en sus horas o ganancias, utilice sus ingresos actuales.
15. Estamos en el ejército. ¿Debemos incluir nuestro subsidio de vivienda como ingreso? Si recibe un subsidio de vivienda fuera de la base militar, debe incluirlo como un ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares usted no debe incluir el subsidio para vivienda como ingreso.
16. Mi esposo/a es desplegado en una zona de combate. ¿Es su ingreso considera como ingresos? No, si la paga por combate que se recibe en adición a su salario básico a causa de su despliegue y que no fue recibida antes de ser desplegado, la paga por combate no se considera como ingreso. Comuníquese con su escuela para más información.
17. Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas que podamos solicitar? Para saber cómo solicitar **[SNAP de Estado]** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al 1-800-342-309

**PARA SOLICITAR COMIDA GRATIS O A PRECIOS REDUCIDOS, POR FAVOR DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA ANTES DEL 18 DE SEPTIEMBRE 2020 A SU ESCUELA.**

## 2020-2021 Requisitos de ingresos Comidas gratis o a precio reducido o leche gratis

### GRÁFICA DE INGRESOS PARA ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS A PRECIO REDUCIDO

Número total de miembros de la familia	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$ 23,606	\$ 1,968	\$ 984	\$ 908	\$ 454
2	\$ 31,894	\$ 2,658	\$ 1,329	\$ 1,221	\$ 614
3	\$ 40,182	\$ 3,349	\$ 1,675	\$ 1,546	\$ 773
4	\$ 48,470	\$ 4,040	\$ 2,020	\$ 1,865	\$ 933
5	\$ 56,758	\$ 4,730	\$ 2,365	\$ 2,183	\$ 1,092
6	\$ 65,046	\$ 5,421	\$ 2,711	\$ 2,502	\$ 1,251
7	\$ 73,334	\$ 6,112	\$ 3,056	\$ 2,821	\$ 1,411
8	\$ 81,622	\$ 6,802	\$ 3,401	\$ 3,140	\$ 1,570
Por cada persona adicional, añadir	\$ 8,288	\$ 691	\$ 346	\$ 319	\$ 160

Cómo aplicar: Para obtener alimentos gratuitos o a precio reducido para sus niños, llene cuidadosamente una solicitud siguiendo las instrucciones para su hogar y devuélvala a la oficina designada que se indica en la solicitud. Si ahora recibe SNAP, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) para cualquiera de sus niños o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), la solicitud debe incluir los nombres de los niños, el número de caso de SNAP, TANF o FDPIR de la familia y la firma de un miembro de la familia que sea mayor de edad. Todos los niños deberían estar anotados en la misma solicitud. Si no anota un número de caso de SNAP/TANF/FDPIR de algún miembro de su familia, la solicitud debe incluir los nombres de todos los miembros de la familia, el monto de los ingresos de cada miembro de la familia, la frecuencia con la que reciben dichos ingresos y el origen. Debe incluir la firma de un miembro de la familia que sea mayor de edad y los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social de ese familiar o marcar la casilla si el familiar no cuenta con un número de seguridad social. **Una solicitud para obtener beneficios gratuitos o a precio reducido no puede ser aprobada a menos que contenga la información de elegibilidad completa, tal y como se indica en la solicitud y en las instrucciones.** Póngase en contacto con su departamento local de servicios sociales para obtener su número de caso de SNAP o TANF o llene la sección de ingresos de la solicitud. No es necesaria una solicitud si la familia fue notificada por SFA que sus niños han sido directamente certificados. Si la familia no tiene la certeza si sus niños han sido directamente certificados, debería ponerse en contacto con la escuela.

Informe de cambios: Los beneficios para los que han sido aprobados al momento de la solicitud tienen vigencia durante todo el año escolar y hasta 30 días operativos del nuevo año escolar (o hasta que se haya tomado una nueva determinación de elegibilidad, lo que ocurra primero). Ya no necesita informar cambios, como un aumento en sus ingresos o reducción en el tamaño de la familia, o si ya no recibe apoyo del SNAP.

Exclusiones de ingresos: El valor de la atención proporcionada o planificada a un menor, o cualquier monto recibido como pago para dichos cuidados del niño o reembolso por gastos incurridos para dichos cuidados bajo el Fondo para el Desarrollo y Cuidado Infantil (subsídios en bloque) no deberían ser considerados como ingresos para este programa.

Estudiantes elegibles para beneficios a precio reducido: **A partir del 1 de julio de 2019, los estudiantes del estado de Nueva York que sean aprobados para recibir alimentos a precio reducido recibirán desayunos y almuerzos sin costo.**

En la operación de programas de alimentación de niños, ningún niño será discriminado debido a su raza, sexo, color, nacionalidad, edad o discapacidad.

Servicios de alimentos para niños con discapacidades: Las regulaciones federales exigen que las escuelas y las instituciones sirvan alimentos sin costo adicional a niños con una discapacidad que pueda restringir su dieta. Un estudiante con una discapacidad se define en 7CRF Parte 15b.3 de las regulaciones federales como un estudiante con una discapacidad física o mental que limite sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicha persona, un registro de dicha discapacidad o que se haya determinado que tiene dicha discapacidad. Las principales actividades de vida incluye, entre otras: funciones como cuidado personal, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, mantenerse de pie, incorporarse, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Debe solicitar modificaciones alimentarias a la escuela y proporcionarle una declaración médica de un profesional de la salud licenciado por el estado. Si cree que su niño requiere sustituciones debido a una discapacidad, póngase en contacto con nosotros para obtener más información, ya que existe 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 su estado de elegibilidad, sin consentimiento de los padres de familia o tutores, a personas directamente conectadas con la administración o la ejecución de programas federales de educación como Título I o la Evaluación Nacional de Progreso Educativo (NAEP), que son programas del Departamento de Educación de los Estados Unidos empleados para determinar áreas como la asignación de fondos a las escuelas, para evaluar estados socioeconómicos del área de asistencia de la escuela y para evaluar el progreso educativo. También se puede divulgar información a programas estatales o locales de salud o educación administrados por la agencia estatal o la agencia local de educación, siempre que la agencia de educación estatal o local administre el programa, y programas de nutrición federales, estatales o locales similares al Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Además, toda la información contenida en la solicitud de servicios gratuitos y a precio reducido puede ser liberada a personas directamente conectadas con la administración o la ejecución de programas autorizados bajo la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (NSLA) o la Ley de Nutrición Infantil (CNA); incluyendo los Programas Nacionales de Almuerzos Escolares y de Desayunos Escolares, el Programa de Leche Especial, el Programa de Cuidados Alimenticios para Niños y Adultos, el Programa de Servicios Alimenticios de Verano y el Programa de Nutrición



Complementaria Especial para Mujeres Bebés y Niñas (WIC); el Auditor General de los Estados Unidos para fines de audiencia, y los funcionarios federales, estatales o locales del orden público que investigan supuestas violaciones de los programas bajo la NSLA o la CNA.

**Reaplicación:** Usted puede aplicar para obtener beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Además, si no resulta elegible ahora, pero durante el año escolar pierde su empleo, tiene una disminución en los ingresos familiares o un aumento en el tamaño de la familia, puede solicitar y completar la solicitud en ese momento.

La divulgación de información de elegibilidad no específicamente autorizada por la NSLA requerirá una carta de consentimiento por escrito del padre de familia o tutor. Le avisaremos cuando su solicitud haya sido aceptada o rechazada.

Atentamente,  
Programa de Nutrición Infantil

**Declaración de no discriminación:** Esto explica qué hacer si cree que ha sido tratado de manera injusta.

De acuerdo con las regulaciones y las políticas de la ley federal de los derechos civiles y de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o que administran programas del USDA tienen prohibido discriminar con base en la raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por actividades previas sobre derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o que sea financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, impresión en letras grandes, cintas de audio, lenguaje americano de señas, etc.), deberían ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde aplicaron para obtener beneficios. Las personas con sordera, dificultades para escuchar o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede poner a disposición en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que podrá encontrar en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la misma toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos  
Oficina del Secretario Asistente de los Derechos Civiles  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución proporciona oportunidades por igual.



**Archdiocese of New York / Department of Education  
Child Nutrition and School Food Service**

1011 First Avenue, 7<sup>th</sup> Floor, New York, NY 10022 Phone (212) 371-1011 ext 2769 Fax (212) 421-3760

**2020-2021 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Leche Gratis o Precios Reducidos**

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverse, complete este formulario para su hogar, firme su nombre y volver a la escuela. Llame a su escuela si usted necesita ayuda. Nombres adicionales se pueden ser listados en un documento separado.

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

Nombre del estudiante	Escuela	Grado	Hijo/a de crianza (Foster Child)	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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. 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 'si' 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	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad/Frecuencia</i>	La manutención de menores, pensión alimenticia <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Pensiones, los pagos de jubilación <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Totales miembros de la familia (niños y adultos) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \*Últimos cuatros dígitos del Numero de Seguridad Social: XXX-XX- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\* 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.

No tengo un SS#

**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: \_\_\_\_\_ 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 ayuda a 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:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacifico  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 a su escuela. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda. 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 MÁS 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 que el 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.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. La aplicación debe contener sólo los últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tenga un Numero de Seguridad Social, marque la cajita. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
5. 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). 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. algunas de las agencias con las que podemos compartir su información pueden incluir agencias responsables de emitir los beneficios de SANAF, TANAF y Medicaid, así como el Arquidiócesis de Nueva York Inner City becas, Caridades Católicas, Departamento de Educación del Estado de Nueva York, El departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, Superintendente de las Escuelas y ADAPP. Usted tiene la opción de optar de estos servicios si marca la caja abajo "que NO" a continuación. La falta de respuesta puede resultar en una presunción de consentimiento. Este formulario no cambiará si sus hijos reciben comidas.

**NO! Yo no QUIERO que los funcionarios de la escuela compartan información de mi aplicación gratuita**

### 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 número 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 señas 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 Discriminación del Programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), (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](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:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.