# COMPARTIR INFORMACIÓN CON MEDICAID/CHIP

Estimado(a) padre/madre/tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratis o a precios reducidos, también es posible que puedan obtener seguro de salud a bajo costo o gratis a través de Medicaid o del Programa de Seguros Médicos para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) del Estado. Los niños con seguro médico tienen más probabilidades de recibir cuidado médico regular y son menos propensos a faltar a la escuela debido a una enfermedad.

Debido a que los seguros médicos son tan importantes para el bienestar infantil, la ley nos permite informar a Medicaid y CHIP, que sus hijos tienen derecho a comidas gratis o a precios reducidos, **a menos que usted nos diga que no lo hagamos.** Medicaid y CHIP solamente usan la información para identificar a los niños que podrían tener derecho a sus programas. Los funcionarios del programa pueden comunicarse con usted para ofrecerle inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud para comidas escolares gratis y a precios reducidos no inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro médico.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o CHIP, llene el siguiente formulario y envíelo (enviar este formulario no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precios reducidos).

* **¡No! NO** deseo que la información en mi Solicitud para comidas escolares gratis o a precio reducido se intercambie con Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños del Estado.

Si selecciona no, llene el formulario a continuación para asegurarse de que NO se comparta la información de los hijos enumerados a continuación:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Firma de la madre/del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:

Nombre en letra de molde:

Dirección:

Para más información, puede llamar a **[name]** al **[phone] o por correo electrónico a [e-mail].**

Envíe el formulario a: **[address]** antes de **[date].**

# COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado(a) padre/madre/tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó en su solicitud para Comidas escolares gratis y a precios reducidos podrá ser compartida con otros programas a los que sus hijos podrían tener derecho. Para los siguientes programas, es necesario tener su autorización para compartir su información. Elegir enviar esta solicitud no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precios reducidos.

* ¡Sí! **DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información en mi Solicitud para comidas escolares gratis o a precios reducidos con **[name of program specific to your school].**
* ¡Sí! **DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información en mi Solicitud para comidas escolares gratis o a precios reducidos con **[name of program specific to your school].**
* ¡Sí! **DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información en mi Solicitud para comidas escolares gratis o a precios reducidos con **[name of program specific to your school].**

Si selecciona sí en algunas de las casillas anteriores, llene el formulario a continuación para asegurarse de que se comparta la información del/de los hijo(s) enumerados a continuación. Solo se compartirá su información con los programas que usted seleccione.

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escuela:

Firma de la madre/del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:

Nombre en letra de molde:

Dirección:

Para más información, puede llamar a **[name]** al **[phone] o por correo electrónico a [e-mail address]**.

Envíe el formulario a: **[address]** antes de **[date]**.

# ES NECESARIO VERIFICAR SU SOLICITUD

Debe enviar la información que necesitamos, o comunicarse con [name] antes de [fecha], o su(s) hijo(s) dejará(n) de recibir comidas gratis o a precios reducidos.

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Se verificará su Solicitud para comidas escolares gratis y a precios reducidos. Las reglas federales exigen que hagamos esto para asegurarnos de que solo los menores idóneos reciban comidas gratis o a precios reducidos. Debe enviarnos información para demostrar que **[name(s) of child(ren)][is/are]** idóneo(s).

De ser posible, envíe copias, no los documentos originales. Si envía originales, solo se les devolverán si usted lo solicita.

1. Si estaba recibiendo beneficios de SNAP o de Familias Primerocuando solicitó comidas gratis o a precios reducidos, o en algún otro momento después, envíenos una copia de uno de lo siguiente:

* Aviso de Certificación de SNAP o Familias Primero que muestra las fechas de certificación.
* Carta de la oficina de SNAP o Familias Primero que muestra las fechas de certificación.
* No envíe su tarjeta de EBT.

2. Si recibe esta carta por un menor que es un menor sin hogar, inmigrante, o que se escapó de la casa, comuníquese con **[school, homeless liaison, or migrant coordinator]** para obtener ayuda.

3. Si el menor es un niño en acogida:

Proporcionar documentación escrita que compruebe que el menor es responsabilidad jurídica de la agencia o tribunal o proporcione el nombre y la información de contacto de una persona en la agencia o tribunal que pueda verificar que el menor es un niño en acogida.

4. Si nadie en su unidad familiar recibe beneficios de SNAP O DE FAMILIAS PRIMERO:

Envíe esta página junto con los documentos que muestran el importe de dinero que recibe su unidad familiar de cada fuente de ingresos. Los documentos que envíe deben mostrar el **nombre** de la persona que recibió el ingreso, la **fecha** en que fue recibido, **cuánto** se recibió, y **con qué frecuencia** se recibió. **Envíe la información a: [address]**

Los documentos aceptables son:

Empleos:Talón de pago o sobres de pago que muestren el importe y con qué frecuencia se recibe el pago; carta del empleador indicando el salario bruto y con qué frecuencia se le paga; o si usted trabaja por su cuenta, documentos de la empresa o finca, tales como libros de contabilidad o los impuestos.

Seguridad Social, Pensión, o Retiro:Carta de beneficios de jubilación de Seguridad Social, declaración de beneficios recibidos, o carta de concesión de pensión.

Desempleo, Discapacidad, o Indemnización laboral: Aviso de idoneidad de la oficina estatal de seguridad de empleo, talón de pago, o carta de la oficina de Indemnización laboral.

Pagos de bienestar social: Carta de beneficios de la oficina de Familias Primero.

Manutención infantil o pensión alimenticia: Orden judicial, acuerdo, o copias de cheques recibidos.

Otros ingresos (tales como ingresos por concepto de alquiler):La información que muestra el importe de ingresos recibidos, con qué frecuencia se recibió, y la fecha en que se recibió.

Ningún ingreso: Una breve nota que explique cómo proporciona alimentos, ropa y vivienda para su unidad familiar, y cuando espera tener ingresos.

Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares: Carta o contrato de alquiler que muestre que su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares.

Período de tiempo de comprobantes aceptables de los ingresos: Presente comprobante de ingresos de un mes; puede usar el mes anterior a la solicitud, el mes en que presentó la solicitud, o cualquier mes después de eso.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a **[name]** al **[phone number]**. La llamada es gratis**. [Toll free or reverse charge explanation]**. **También puede enviarnos un correo electrónico a [e-mail].**

Atentamente,

**[signature]**

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que se obtenga la información requerida para verificar si su hijo tiene derecho a comidas gratis o a precios reducidos. Si no proporciona la información o proporciona información incompleta, es posible que sus hijos dejen de recibir comidas gratis o a precios reducidos. De conformidad con el artículo 7 de la Ley de Privacidad, no es obligatorio revelar su número de Seguridad Social. No necesitamos y no solicitamos el número de seguridad social que pueda aparecer en los documentos que usted envíe.

**Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No 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 inglés), 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, (AD-3027) que está disponible en línea en: <http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf>. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

# SU SOLICITUD HA SIDO VERIFICADA

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Verificamos la información que nos envió para demostrar que **[name(s) of child(ren)]** reúne(n) los requisitos para comidas gratis o a precios reducidos y hemos decidido que:

* La idoneidad de su(s) hijo(s) no ha cambiado.
* A partir de **[date]**, la idoneidad de su(s) hijo(s) cambiará **de comidas a precio reducido a comidas gratis,** porque sus ingresos están dentro de los límites para tener derecho a comidas gratis. Su(s) hijo(s) recibirá(n) comidas sin costo alguno.
* A partir de **[fecha]**, la idoneidad de su(s) hijo(s) cambiará **de comidas gratis a precio reducido** porque sus ingresos superan el límite. El costo de las comidas a precios reducidos es **[$]** para el almuerzo y **[$]** para el desayuno.
* A partir de **[date]**, **su(s) hijo(s) ya no tiene(n) derecho** a comidas gratis o a precios reducidospor el/los siguiente(s) motivo(s):

\_\_\_ Los registros muestran que nadie en su unidad familiar recibe beneficios de SNAP o de Familias Primero.

\_\_\_ Los registros muestran que su(s) hijo(s) no es/son menor(es) sin hogar, inmigrante(s), o que se escapó/escaparon de la casa.

\_\_\_\_\_ Sus ingresos superan el límite para comidas gratis o a precios reducidos.

\_\_\_\_\_ Usted no presentó lo siguiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No respondió a nuestra petición.

El costo de las comidas a es **[$]**  para el almuerzo y **[$]**  para el desayuno. Si los ingresos de su unidad familiar disminuyen o el tamaño de su unidad familiar aumenta, puede volver a presentar una solicitud. Si anteriormente le negaron beneficios porque nadie en la unidad familiar recibía beneficios de SNAP o de Familias Primero, puede volver a presentar una solicitud basado en los ingresos. Si no proporcionó comprobante de idoneidad actual, se le pedirá que lo haga si se vuelve a presentar una solicitud.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede comunicarse con **[name]** al **[phone]**. Usted también tiene derecho a una audiencia imparcial. Si solicita una audiencia antes de **[date]**, su(s) hijo(s) continuará(n) recibiendo comidas gratis o a precios reducidos hasta que el funcionario de audiencias tome una decisión. Para solicitar una audiencia puede llamar o escribir a: **[name]**, **[address]**, **[phone number], o [e-mail].**

Atentamente,

**[signature]**

**Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No 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 inglés), 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, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

# Aviso a la unidad familiar de aprobación/denegación de beneficios

Estimado(a) padre/madre/tutor:

Usted presentó una solicitud para comidas gratis o a precios reducidos para el/los siguiente(s) hijo(s);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su solicitud ha sido:

* Aprobada para comidas gratis
* Aprobada para comidas a precios reducidos a $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para el almuerzo, $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para el desayuno, y $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para meriendas
* Denegada por la(s) siguiente(s) razón/razones:
  + Los ingresos superan la cantidad permitida
  + Solicitud incompleta ya que
  + Otro

Si no está de acuerdo con la decisión, puede comunicarse con **[school official’s name]** al **[phone number]** o en **[e-mail address]**. Si los ingresos de su unidad familiar disminuyen o el tamaño de su unidad familiar aumenta, puede volver a presentar una solicitud para beneficios en cualquier otro momento durante el curso escolar. Si desea revisar la decisión más detalladamente, tiene derecho a una audiencia imparcial. Para hacerlo puede llamar por teléfono o escribir al siguiente funcionario:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO

Atentamente,

**[signature]**

Nombre Cargo Fecha

**Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No 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 inglés), 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, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

# Aviso de certificación directa

Estimado(a) padre/madre/tutor:

El motivo de la presente es informarle que su(s) hijo(s) indicado(s) a continuación recibirá(n) almuerzos gratis, desayunos y meriendas en la escuela porque recibe(n) beneficios de un programa de asistencia basado en la documentación obtenida directamente de los organismos estatales o locales correspondientes. Tenga en cuenta que no tendrá que presentar ninguna otra solicitud.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del menor | Nombre de la escuela |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Si hay otros menores en su unidad familiar que no aparecen en la lista anterior***, es posible que también tengan derecho a comidas gratis.***

Comuníquese con la escuela a la que su(s) hijo(s) asiste(n) en las siguientes situaciones:

* Si hay otros menores en su unidad familiar que no aparecen en la lista anterior y desea que reciban comidas gratis en la escuela
* No desea que sus hijos reciban comidas gratis
* Tiene preguntas adicionales

**[name]**

**[phone number]**

**[e-mail address]**

Atentamente,

**[signature]**

**Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No 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 inglés), 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, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.