

**Nome della scuola / School Name:** \_\_\_\_\_

**Numero di telefono della scuola / School Telephone #:** \_\_\_\_\_

**LETTERA DI NOTIFICA DEI PASTI SCOLASTICI**  
**NOTIFICATION LETTER FOR SCHOOL MEALS**

Egr.: \_\_\_\_\_ [PARENT NAME]:

La sua richiesta per ottenere pasti gratuiti ed a prezzo scontato per suo/a/i figlio/a/i è stata:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Approvata per pasti gratuiti.  | Approved for free meals.   |
| <input type="checkbox"/> Approvata per pasti a prezzo scontato pari a <b>\$0.25 centesimi</b> per pranzo; <u>le colazioni non devono essere pagate.</u>   | Approved for reduced price meals at <b>\$0.25 cents</b> for lunch; <u>no money is required for breakfast.</u>  |
| <input type="checkbox"/> Approvata temporaneamente per pasti gratuiti. Sarete contattati in 45 giorni di calendario (___/___/___) quando la vostra situazione sarà definita.  | Temporarily approved for free meals. You will be contacted in 45 calendar days (___/___/___) to determine your status at that time.  |
| <input type="checkbox"/> Non è stata accettata per le seguenti ragioni:   | Denied for the following reason(s):  |
| <input type="checkbox"/> Il suo reddito è superiore al massimo consentito per ottenere pasti gratuiti o a prezzi scontati. Pertanto il costo di <b>\$1.50</b> per pranzo sarà a suo carico; <u>le colazioni non devono essere pagate.</u> | Income is over the allowable amount for free or reduced-priced meals. <b>\$1.50</b> is required for lunch; <u>no money is required for breakfast.</u>  |
| <input type="checkbox"/> La sua domanda era incompleta perché mancano le seguenti informazioni. Il costo di <b>\$1.50</b> al giorno per il pranzo di suo/a/i figlio/a/i sarà a suo carico; <u>le colazioni non devono essere pagate:</u>  | Incomplete application submitted. The following information is missing and you will be billed <b>\$1.50</b> per for day for lunch your child(ren) receives; <u>no money is required for breakfast:</u> |
| <input type="checkbox"/> Manca il numero di Social Security o la parola "NONE"  | Social Security Number or the word "NONE"  |
| <input type="checkbox"/> Manca la firma di persona adulta   | Adult Signature  |
| <input type="checkbox"/> Reddito non indicato   | No Income  |
| <input type="checkbox"/> Altro / Other: _____   |  |

Se lei non è d'accordo con quanto sopra, lei può **contattare il responsabile della scuola (vedere nome sotto)** ed ha diritto a richiedere un colloquio durante il quale lei potrà spiegare le ragioni del suo disaccordo. Per appellarsi alla decisione della scuola lei può chiedere un'udienza sia per telefono che per iscritto al seguente responsabile del DOE (Dipartimento dell'Istruzione):

Nome: **Office of SchoolFood – Internal Audit**  
Indirizzo: **44-36 Vernon Blvd., Long Island City, NY 11101**  
Telefono: **(718) 707-4471**

Lei ha diritto di ripresentare domanda per ottenere i benefici di cui sopra durante l'anno scolastico. Se al presente lei non ha diritto a ricevere tali benefici, ma se nel futuro il reddito familiare diminuisce o se lei perde il lavoro oppure se la sua famiglia aumenta di numero, lei può presentare una nuova domanda in qualsiasi momento.

Cordiali Saluti,

\_\_\_\_\_  
**Nome del Responsabile della Scuola / Name of School Official**

\_\_\_\_\_  
**Titolo / Title**

\_\_\_\_\_  
**Date / Date**

**Dichiarazione di non-discriminazione: quanto segue spiega cosa fare in caso lei ritenga di essere stato trattato ingiustamente.** In conformità con le leggi federali e con le politiche del Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti, il presente istituto non può discriminare in base a razza, colore, origini etniche, sesso, età o invalidità. Per presentare reclamo di discriminazione potete scrivere a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* oppure chiamare il 202-720-5964 (voce e TDD). USDA è un fornitore e datore di lavoro per le pari opportunità.

**Nome della scuola / School Name:** \_\_\_\_\_

**Numero di telefono della scuola / School Telephone #:** \_\_\_\_\_

**DOMANDA TEMPORANEAMENTE APPROVATA**  
**TEMPORARILY APPROVED APPLICATION**

Data / Date: \_\_\_\_\_

Egr. \_\_\_\_\_ [PARENT NAME]:

La sua richiesta per pasti gratuiti o a prezzo scontato per suo/a/i figlio/a/i è stata temporaneamente approvata. Secondo le regole del programma, le domande che indicano **nessun reddito** possono essere approvate *temporaneamente per un periodo massimo di 45 giorni*.

Dopo 45 giorni, le famiglie devono fornire un aggiornamento sul reddito affinché i loro figli continuino ad aver diritto di ricevere i benefici sui pasti di cui sopra. Potete chiamare il nostro ufficio al (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ [OFFICE PHONE] fornendo informazioni aggiornate sul reddito oppure potete completare la domanda qui acclusa.

Se non riceviamo le informazioni aggiornate entro \_\_\_\_\_ [DEADLINE], suo/a/i figlio/a/i non avrà/avranno più diritto di ricevere i benefici sui pasti di cui sopra, e lei dovrà mandare suo/a/i figlio/a/i a scuola con i soldi necessari per pagare la colazione e/o il pranzo.

La ringrazio per la pronta attenzione prestata.

Cordiali Saluti,

\_\_\_\_\_  
Responsabile della scuola / School Official