

Nombre de la escuela / School Name: _____

Teléfono de la escuela / School Telephone #: _____

CARTA DE NOTIFICACIÓN DE SERVICIO DE COMIDAS EN LA ESCUELA
NOTIFICATION LETTER FOR SCHOOL MEALS

Estimado: _____ [PARENT NAME]:

La solicitud que usted presentó para recibir comidas gratuitas o a precio reducido para su(s) hijo(s) ha sido:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aprobada para recibir comidas gratuitas | Approved for free meals. |
| <input type="checkbox"/> Aprobada para recibir comidas al precio reducido de \$0,25 centavos por almuerzo; el desayuno será gratuito | Approved for reduced price meals at \$0.25 cents for lunch; no money is required for breakfast. |
| <input type="checkbox"/> Aprobada temporalmente para recibir comidas gratuitas. Usted será contactado dentro de 45 días consecutivos (____/____/____) para determinar su estatus en aquel momento | Temporarily approved for free meals. You will be contacted in 45 calendar days (____/____/____) to determine your status at that time. |
| <input type="checkbox"/> Rechazada por el(los) siguiente(s) motivo(s): | Denied for the following reason(s): |
| <input type="checkbox"/> Sus ingresos son superiores al monto permitido para recibir el servicio de comidas a precio reducido. Deberá pagar \$1,50 dólares para recibir el almuerzo; el desayuno será gratuito. | Income is over the allowable amount for free or reduced-priced meals. \$1.50 is required for lunch; no money is required for breakfast. |
| <input type="checkbox"/> La solicitud está incompleta. No ha incluido la siguiente información; por lo tanto, deberá pagar \$1,50 dólares por almuerzo diario que reciba(n) su(s) hijo(s); el desayuno. será gratuito: | Incomplete application submitted. The following information is missing and you will be billed \$1.50 per for day for lunch your child(ren) receives; no money is required for breakfast: |
| <input type="checkbox"/> Número del seguro social o la palabra “ <i>NONE</i> ” (“NINGUNO”) | Social Security Number or the word “NONE” |
| <input type="checkbox"/> Firma de un adulto | Adult Signature |
| <input type="checkbox"/> Información sobre los ingresos | No Income |
| <input type="checkbox"/> Otros / Other: _____ | |

Si no está de acuerdo con esta decisión, deberá **comunicarse con el funcionario escolar correspondiente** (véase la firma a pie de página) para hablar al respecto, y también tendrá derecho a una audiencia justa. Para apelar la decisión de la escuela, usted puede solicitar una audiencia comunicándose por escrito o telefónicamente con el siguiente funcionario del Departamento de Educación (DOE, por sus siglas en inglés) de la Oficina de Alimentación Escolar:

Nombre: **Office of SchoolFood, Internal Audit**
Dirección: **44-36 Vernon Blvd., Long Island City, NY 11101**
Teléfono: **(718) 707-4471**

Puede volver a postularse para recibir beneficios en cualquier momento durante el año lectivo. Si ahora no reúne los requisitos, pero sus ingresos disminuyen, usted pierde su empleo o el número de integrantes de su familia aumenta, puede completar otra solicitud en el momento en que surjan tales novedades.

Atentamente,

Nombre del funcionario escolar / Name of School Official

Cargo / Title

Fecha / Date

Declaración de no discriminación. Tal declaración explica cómo proceder si considera que ha recibido un trato injusto. De acuerdo con la ley federal y con el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe a esta institución ejercer discriminación basada en características de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. A fin de presentar una queja por discriminación, diríjase por escrito al Director del Departamento de Agricultura de los EE. UU. a la siguiente dirección: *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410*, o, comuníquese al 202-720-5964 (mensaje de voz y dispositivo telefónico para discapacitados auditivos). El USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades.

Nombre de la escuela / School Name: _____

Teléfono de la escuela / School Telephone #: _____

SOLICITUD APROBADA TEMPORALMENTE
TEMPORARILY APPROVED APPLICATION

Fecha / Date: _____

Estimado: _____ [PARENT NAME]:

La solicitud que usted presentó para el servicio de comidas gratuitas o a precio reducido para su(s) hijo(s) ha sido aprobada temporalmente para recibir comidas en forma gratuita. Según las disposiciones del programa, las solicitudes **sin información sobre los ingresos** sólo se pueden ser aprobar *temporalmente durante un plazo máximo de 45 días*.

Pasados los 45 días, las familias deben enviar una actualización del estatus de sus ingresos a fin de que sus hijos continúen recibiendo el beneficio de comidas gratuitas. Usted puede, o bien comunicarse con nuestra oficina llamando al (_____) _____ [OFFICE PHONE] para proporcionarnos la información actualizada sobre sus ingresos, o bien completar la solicitud adjunta.

Si no recibimos información actualizada antes del _____ [DEADLINE], su(s) hijo(s) perderá(án) el derecho de recibir el beneficio de comidas gratuitas y, por lo tanto, usted se verá obligado a proporcionarle(s) el dinero necesario para pagar el desayuno y/o el almuerzo.

Le agradeceremos que se ocupe en forma inmediata de este asunto.

Atentamente,

Funcionario escolar / School Official