

LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON MEDICAID/CHIP

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precios reducidos, tal vez puedan recibir seguro médico de bajo costo a través de Medicaid o el programa estatal de seguro médico para niños State Children's Health Insurance Program (conocido como CHIP). Los niños que tienen seguro médico tienen mayores probabilidades de obtener cuidado médico regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Como el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, *la ley nos permite informar a Medicare y CHIP que sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, a menos que usted nos diga que no lo hagamos*. Medicaid y CHIP usan la información únicamente para identificar a los niños que tal vez reúnan los requisitos para participar en esos programas. Los funcionarios del programa se podrían comunicar con usted para inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas 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 formulario a continuación y envíelo. (Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.)



¡No! NO deseo que se comparta la información de mi Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con los programas Medicaid o State Children's Health Insurance Program.

Si marcó que no, llene lo siguiente para asegurarse de que NO se comparta la información sobre los siguientes niños:

Nombre del niño: _____ Escuela:

Nombre del niño: _____ Escuela:

Nombre del niño: _____ Escuela:

Nombre del niño: _____ Escuela:

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[phone]** o enviar un mensaje electrónico a **[e-mail address]**.

Envíe este formulario a: **[address]** a más tardar el **[date]**.

LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, se podría compartir la información que usted proporcionó en su Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con otros programas para los que sus hijos tal vez califiquen. Para los programas siguientes, tenemos que obtener su permiso para compartir la información. Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.

☐ ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school]**.

☐ ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school]**.

☐ ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school]**.

Si marcó cualquiera o todas las casillas anteriores, llene los blancos a continuación para asegurarse de que se comparta la información sobre los siguientes niños. Se compartirá su información únicamente con los programas que usted marcó.

Nombre del niño: _____ Escuela:

Nombre del niño: _____ Escuela:

Nombre del niño: _____ Escuela:

Nombre del niño: _____ Escuela:

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Dirección:

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[phone]** o enviar un mensaje electrónico a **[e-mail address]**.

Envíe este formulario a: **[address]** a más tardar el **[date]**.

TENEMOS QUE VERIFICAR SU SOLICITUD

Tiene que enviarnos la información que necesitamos, o comunicarse con [name] no más tarde del [date]. Si no, sus hijos dejarán de recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado/a _____:

Estamos en proceso de verificar su Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos. Las reglas federales exigen que lo hagamos para asegurarnos de que solo los niños elegibles obtengan las comidas gratuitas o a precios reducidos. Tiene que enviarnos información para comprobar que **[name(s) of child(ren)]** reúne(n) los requisitos.

De ser posible, envíe copias, no documentos originales. Si envía los documentos originales, se los devolverán únicamente si usted así lo pide.

1. SI RECIBÍA BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS **[State SNAP]**, **[State TANF]** O **[FDPIR]** CUANDO SOLICITÓ LAS COMIDAS GRATUITAS O A PRECIOS REDUCIDOS, O SI LOS HA RECIBIDO EN CUALQUIER MOMENTO DESDE ENTONCES, ENVÍENOS UNA COPIA DE UNO DE ESTOS DOCUMENTOS:

- Un Aviso de certificación (Certification Notice) de los programas **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FDPIR]** que muestre las fechas de certificación.
- Una carta de los programas **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FDPIR]** que muestre las fechas de certificación.
- No nos envíe su tarjeta de beneficios EBT.

2. SI RECIBIÓ ESA CARTA EN NOMBRE DE UN NIÑO DESAMPARADO, MIGRANTE O ENFUGA, COMUNÍQUESE CON **[school, homeless liaison, or migrant coordinator]** PARA OBTENER AYUDA.

3. SI EL NIÑO ES UN HIJO DE CRIANZA:

Proporcione documentación que verifique que el niño está bajo la tutela legal de la agencia o el tribunal, o bien provea el nombre y la información de contacto de una persona en la agencia o el tribunal que pueda verificar que el niño es un hijo de crianza.

4. SI NINGÚN MIEMBRO DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FDPIR]**:

Envíe esta página con documentos que muestren el monto de dinero que su unidad familiar recibe de cada fuente de ingresos. Los documentos que envíe tienen que mostrar el **nombre** de la persona que recibió el ingreso, la **fecha** en que se recibió, **cuánto** se recibió y **qué tan frecuentemente** se recibió. Envíe la información a: **[address]**

Entre los documentos aceptables se incluyen:

EMPLEOS: Talonario de nómina o sobre de paga que muestre el monto y la frecuencia de paga; una carta del empleador que diga el sueldo bruto y la frecuencia con que le pagan; o, si trabaja por cuenta propia, documentos del negocio o la granja, como un libro mayor o registros fiscales.

SEGURO SOCIAL, PENSIONES O JUBILACIÓN: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, estado de cuenta de los beneficios recibidos o aviso de concesión de una pensión.

DESEMPLEO, DISCAPACIDAD O COMPENSACIÓN A TRABAJADORES: Aviso de elegibilidad de la oficina estatal de seguridad de empleo, talonario de cheque o carta de la oficina de compensación a trabajadores.

PAGOS DE BENEFICENCIA PÚBLICA: Carta de beneficios de la oficina del programa **[State TANF]**.

MANUTENCIÓN DE MENORES O PENSIÓN ALIMENTICIA: Orden de un tribunal, acuerdo o copias de los cheques recibidos.

OTROS INGRESOS (COMO INGRESOS DE INMUEBLES DE ALQUILER): Información que muestre el monto de ingresos recibidos, la frecuencia y la fecha.

NO TIENE INGRESOS: Una explicación breve de cómo provee alimentos, ropa y vivienda para su unidad familiar y cuándo espera tener algún ingreso.

INICIATIVA DE VIVIENDAS PARA MILITARES MILITARY HOUSING PRIVATIZATION INITIATIVE: Carta o contrato de alquiler que muestre que su vivienda es parte de la iniciativa **Military Housing Privatization Initiative**.

PERÍODO ACEPTABLE DE LA DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS: Presente prueba de los ingresos de un mes. Puede usar el mes previo a la solicitud, el mes de la solicitud o cualquier otro mes después de esa fecha.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a **[name]** al **[phone number]**. La llamada es gratuita. **[Toll free or reverse charge explanation]**. También puede comunicarse con nosotros por correo electrónico a la dirección **[e-mail address]**.

Atentamente,

[signature]

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell le requiere la información para comprobar que sus niños tienen derecho a comidas gratis o a precio reducido. Si no facilita la información o la información facilitada es incompleta, puede que sus niños dejen de recibir comidas gratis o a precio reducido. De acuerdo con el artículo 7 de la Ley de Privacidad, no es obligatorio facilitar su número de la Seguridad Social. No necesitamos ni pedimos ningún número de la Seguridad Social que pueda figurar en los documentos que remita.

Declaración de no discriminación: 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, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, religión, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevado 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 de signos americana, 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:

- (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 aplica el principio de igualdad de oportunidades.

HEMOS VERIFICADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado/a _____:

Hemos verificado la información que nos envió para comprobar que **[name(s) of child(ren)]** reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos y hemos decidido que:

- ☐ No ha cambiado la elegibilidad de sus hijos.
- ☐ A partir del **[date]**, la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas cambiará de **precios reducidos a gratuitas** porque sus ingresos están dentro de los límites de elegibilidad para recibir comidas gratuitas. Sus hijos recibirán comidas sin costo alguno.
- ☐ A partir del **[date]**, la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas cambiará de **gratuitas a precios reducidos** porque sus ingresos están por encima de los límites de elegibilidad para recibir comidas gratuitas. Las comidas a precios reducidos cuestan **[\$]** por el almuerzo y **[\$]** por el desayuno.
- ☐ A partir del **[date]**, **sus hijos no serán elegibles** para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos por este(estos) motivo(s):
 - ___ Los registros indican que ningún miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas **[State SNAP]** o **[State TANF]**.
 - ___ Los registros indican que los niños no están desamparados, en fuga o son migrantes.
 - ___ Sus ingresos exceden de los límites para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.
 - ___ No proporcionó: _____
 - ___ No respondió a nuestra solicitud.

Las comidas cuestan **[\$]** por el almuerzo y **[\$]** por el desayuno. Si los ingresos de su unidad familiar se reducen o el tamaño de la unidad familiar aumenta, puede volver a solicitar. Si le denegaron los beneficios anteriormente porque ningún miembro de la unidad familiar recibía beneficios de los programas **[State SNAP]**, **[State TANF]** o **[FDPIR]**, puede volver a solicitar según los ingresos. Si no suministró prueba de la elegibilidad actual, le pedirán que lo haga si vuelve a solicitar.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar de ello con **[name]** al **[phone]**. También tiene derecho a una audiencia justa. Si solicita una audiencia a más tardar el **[date]**, sus hijos continuarán recibiendo comidas gratuitas o a precios reducidos hasta que el funcionario de la audiencia tome la decisión. Puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, o **[e-mail]**.

Atentamente,

[signature]

Declaración de no discriminación: 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, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, religión, discapacidad, edad,

creencias políticas o represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevado 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 de signos americana, 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 rellenado 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 aplica el principio de igualdad de oportunidades

AVISO DE APROBACIÓN/DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS A LAS UNIDADES FAMILIARES

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Solicitó comidas gratuitas o a precios reducidos para los siguientes niños:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Su solicitud fue:

- ☐ Aprobada para recibir comidas gratuitas
- ☐ Aprobada para recibir comidas a precios reducidos a \$ _____ por el almuerzo, \$ _____ por el desayuno y \$ _____ por meriendas
- ☐ Denegada por los siguientes motivos:
- ☐ Ingresos por encima del monto permisible
 - ☐ Solicitud incompleta debido a
 - ☐ Otro motivo

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar de ello con **[school official's name]** al **[phone number]** a la dirección electrónica **[e-mail address]**. Si desea que se revise la decisión en más detalle, tiene derecho a una audiencia justa. Puede programarla llamando o escribiendo al siguiente funcionario:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO

Atentamente,

[signature]

Nombre

Cargo

Fecha

Declaración de no discriminación: 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, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del

USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, religión, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevado 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 de signos americana, 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:

- (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.

AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Nos complace informarle que los niños indicados a continuación recibirán almuerzos, desayunos y meriendas gratuitos en la escuela porque reciben beneficios de los programas **[State SNAP]** o **[State TANF]**.

Nombre del niño	Nombre de la escuela

Si hay otros niños en su unidad familiar que no figuran en la lista anterior, ***también califican para recibir comidas gratuitas.***

Comuníquese con la escuela a la que asisten sus hijos si ocurren las siguientes situaciones:

- Si hay otros niños en su unidad familiar que no figuran en la lista anterior y usted desea que reciban comidas gratuitas en la escuela
- No desea que sus hijos reciban comidas gratuitas
- Tiene alguna pregunta adicional

[name]

[phone number]

[e-mail address]

Atentamente,

[signature]

Declaración de no discriminación: 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, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, religión, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevado 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 de signos americana, 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 rellenado 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.