Preguntas Frecuentes Sobre
Comidas Gratuitas o a Precio Reducido en la Escuela

Estimado padre/tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Las Escuelas Públicas de Fairfield ofreces comidas saludables todos los días de la escuela. Costos del desayuno es $1.50 a Holland Hill Elementary School, McKinley Elementary School, Fairfield Wood Middle School, Roger Ludlowe Middle School, Fairfield Ludlowe High School and Fairfield Warde High School. Costos del almuerzo es $2.85 en las escuelas primarias, $3.10 en las escuelas intermedias y $ 3.15 en las escuelas secundarias. Las comidas de lujo se ofrecen en las escuelas intermedias y secundarias y cuestan $4.05. **Es posible que sus hijos reúnan los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.** El precio reducido es de $ $0.30 para el desayuno y de $0.40 para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido, además de instrucciones detalladas.

NOTA: Los niños que reciben los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP),Asistencia Temporal Familiar (TFA), o de Medicaid (HUSKY) **pueden obtener la certificación directa y reunir los requisitos de forma automática para recibir comidas gratuitas sin solicitar los beneficios. (Algunos niños que reciben servicios de Medicaid (HUSKY) tambien pueden ser directamente certificados para comidas a precio reducido).** Las preguntas sobre SNAP/TFA/Medicaid y la certificación directa deben enviarse al funcionario determinante en el **Departamento de Serviciso de Alimentos a (203) 255-8370.**

Si recibió un **AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA** para el año escolar 2019-2020 para obtener comidas gratuitas, **no** complete la solicitud. Infórmele a la escuela si alguno de los niños en su grupo familiar **no** está incluido en la carta del **Aviso de certificación directa** que recibió.

Adicionalmente, todos los niños de edad escolar en hogares elegibles por ingreso, pueden recibir beneficios de comdida escolar gratuita sin importar el status migratorio. El distrito/escuela no comparte información de status migratorio en el curso de operación de los Programas de Nutrición.

Las escuelas públicas de Fairfield cumple con los requisitos federales de modificar comidas para niños con necesidades especiales. Los requisitos para modificación de comidas son diferentes para niños con o sin incapacidades. Para más información, por favor pongase en contacto con el director de servicios de alimentos, **Maura O'Malley** al **(203) 255-8463.**

Las respuestas a las preguntas frecuentes a continuación pueden ayudarlo con el proceso de solicitud.

1. **¿Quiénes pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido**?
   - Todos los niños de los grupos familiares que reciben beneficios del SNAP o de la TFA reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas. Nota: Algunos estudiantes que reciben servicios de Medicaid (HUSKY) pueden ser elegibles para comidas gratis o a precio reducido.
   - Los niños en acogimiento familiar que se encuentran bajo la responsabilidad **legal** de un organismo de acogimiento familiar o tribunal reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas. (Nota: Niños en acogimiento familiar son elegibles para comidas gratis y pueden ser incluidos como miembros de una unidad familiar. Si la familia en acogimento familiar escoge aplicar para beneficios para otros niños, incluir niños en acogimento familiar como miembros de la familia puede ayudar a otros niños a qualificar para beneficios. Si niños sin acogimento familiar viven en un hogar con acogimento familiar,

ellos no son elegibles para comidas gratis o a precio reducido, el niño con acogimiento familiar todavia cualifica para comidas gratis.

- Los niños que participan en el Programa Head Start de su escuela reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas.
- Los niños que cumplen con la definición de Sin Hogar o Fugados reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas.
- Los niños pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su grupo familiar se encuentra dentro de los límites de las Pautas de elegibilidad del ingreso federal. Sus hijos pueden reunir los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su grupo familiar se encuentra dentro de los límites de la siguiente tabla o si son inferiores:

Tabla de ingresos de elegibilidad federal para comidas a precios reducidos en vigencia a partir del 7/1/2019 a 6/30/2020			
Tamaño del grupo familiar	**Anualmente**	**Mensualmente**	**Semanalmente**
1	23,107	1,926	445
2	31,284	2,607	602
3	39,461	3,289	759
4	47,638	3,970	917
5	55,815	4,652	1,074
6	63,992	5,333	1,231
7	72,169	6,015	1,388
8	80,346	6,696	1,546
Cada persona adicional	+ 8,177	+ 682	+ 158

2 **¿Cómo sé si mis hijos reúnen los requisitos para calificar como Sin Hogar o Fugados?** ¿Los miembros de su grupo familiar no tienen una dirección permanente? ¿Se quedan juntos en un albergue, hotel u otro tipo de alojamiento temporario? ¿Su familia se muda todas las estaciones? ¿Alguno de los niños que reside con usted ha decidido abandonar su familia u grupo familiar anterior? Si considera que los niños de su grupo familiar cumplen con estas descripciones y a usted no se le informó que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a **Robert Mancusi, Executive Director of Special Education and Student Services** at **(203) 255-8379 or rmancusi@fairfieldschools.org.**

3 **¿Debo completar una solicitud para cada niño**? **No**. Use **una** *Solicitud para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela* para todos los alumnos de su grupo familiar. **No podemos aprobar una solicitud que no esté completa**, así que asegúrese de completar toda la información solicitada. Devuelva la solicitud llena a **Fairfield Public Schools, Food Services Dept., 501 Kings Highway East, Suite 210, Fairfield, CT 06825.**

Preguntas Frecuentes Sobre Comidas Gratuitas o a Precio Reducido en la Escuela, continuación

4 **¿Debo completar una solicitud si recibí una carta este año escolar en la que se indique que mis hijos ya obtuvieron la aprobación para recibir comidas gratuitas? No,** *pero lea la carta atentamente y siga las instrucciones.* Si alguno de los niños de su grupo familiar no se incluyó en su notificación de elegibilidad, comuníquese con **el Departamento de Servicio del Alimentos a (203) 255-8370, o por correo electrónico a foodsvc@fairfieldschools.org** inmediatamente.

5 **La solicitud de mi hijo se aprobó el año pasado. ¿Debo completar una solicitud nueva? Sí.** ***La solicitud de su hijo solo tiene vigencia para este año escolar y para los primeros días de nuevo año escolar (o hasta que una nueva solicitud sea determinada, cualquier sea primero).*** Cuando el periodo temporero termina, a menos que usted sea notificado que sus niños son certificados directamente o usted someta una aplicacion que ha sido aprovada, sus niños deben pagar por las comidas. El LEA no esta obligado a recordar que la eligibilidad esta vencida. Debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le informe que su hijo reúne los requisitos para el nuevo año escolar.

6 **Recibo el programa WIC. ¿Mis hijos pueden recibir comidas gratuitas?** Los niños de los grupos familiares que participan en el WIC **pueden** reunir los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Envíe una solicitud.

7 **¿Se verificará la información que proporcione?** Sí. También es posible que le pidamos que envíe un comprobante escrito del ingreso del grupo familiar que informe.

8 **Si no reúno los requisitos ahora, ¿puedo presentar la solicitud más adelante?** Sí, puede presentar la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños cuyo padre, madre o tutor quede desempleado pueden reunir los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso del grupo familiar está por debajo del límite de ingreso.

9. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Debe hablar con los directivos de la escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a **Doreen Munsell, Executive Director of Finance and Business Services, Fairfield Public Schools, 501 Kings Highway East, Suite 210, Fairfield, CT 06825, (203) 255-8383, dmunsell@fairfieldschools.org.**

10. **¿Puedo presentar la solicitud si alguien en mi familia no es ciudadano de los EE. UU.?** Sí. No es necesario que usted, sus hijos u otros miembros del grupo familiar sean ciudadanos de los EE. UU. para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido.

11. **¿Qué sucede si mi ingreso no es siempre el mismo?** Incluya el importe que recibe **normalmente**. Por ejemplo, si normalmente gana $1,000 por mes, pero no hizo algunos trabajos el mes pasado y solo ganó $900, escriba que ganó $1000 por mes. Si generalmente trabaja horas extra, incluya esta información, pero no lo haga si solo trabaja de esta forma algunas veces. Si perdió un trabajo, o le redujeron las horas o el salario, use su ingreso actual.

12. **¿Qué sucede si algunos miembros del grupo familiar no tienen ningún ingreso para informar?** Es posible que algunos miembros del grupo familiar no reciban algunos tipos de ingresos que pedimos que informe en la solicitud o que no reciban ningún ingreso en absoluto. De ser así, escriba "0" en el campo. Sin embargo, si alguno de los campos de ingresos se dejan vacíos o en blanco, **también** se calcularán como cero. Tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que lo hizo **a propósito**.

13. **Estamos en las Fuerzas Armadas. ¿Informamos nuestro ingreso de manera diferente**? Su salario básico y los bonos en efectivo deben informarse como ingreso. Si recibe alguna asignación de valores en efectivo para viviendas fuera de la base, alimentos o vestimenta, o si recibe pagos de Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar, estos también deben incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su asignación para viviendas como ingreso. Cualquier pago por combate adicional como consecuencia del despliegue también está excluido del ingreso.

14. **¿Qué sucede si no hay suficiente espacio en la solicitud para mi familia?** Incluya a cualquier miembro adicional de su grupo familiar en una hoja aparte y adjúntela a su solicitud. Puede consultar el sitio web del distrito Fairfieldschools.org (en la sección de Servicios de Alimentos), la Oficina Central, o la oficina principal de la escuela para recibir una segunda solicitud.

9. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas para los cuales podamos presentar una solicitud?** Para averiguar cómo solicitar los beneficios del SNAP y para comunicarse con la oficina del Departamento de Servicios Sociales en su ciudad, comuníquese al número de derivación gratuito de United Way **2-1-1** (llamada gratuita, en todo el estado).

Si tiene otras consultas o necesita ayuda, llame al **(203) 255-8370.**

Atentamente,

Stephen Tracy, Ed.D.
InterimSuperintendent
Fairfield Public Schools

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.

Solicitud para comidas gratuitas y a precio reducido en la escuela

2019-20 Complete una solicitud por grupo familiar. Utilice una lapicera (no un lápiz).

N.° de solicitud: _____

PASO 1 Mencione TODOS los miembros del grupo familiar que sean bebés, niños y alumnus hasta el grado 12 inclusive (si se necesitan más espacios para otros nombres, adjunte otra hoja)

Definición de Miembro del grupo familiar: "Cualquier persona que viva con usted, y que comparta los ingresos y los gastos, incluso si no es un pariente".

Los niños en acogimiento familiar y los niños que cumplen con la definición de Sin hogar o Fugados reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas. Lea la sección **Cómo solicitar comidas gratuitas y a precio reducido en la escuela** para obtener más información.

Nombre del menor	Inicial del segundo nombre	Apellido del menor:	Escuela	Grado	¿Alumno? Sí	¿Alumno? No	Marque todas las: Acogimiento familiar	Head Start	Sin hogar o Fugado
							☐	☐	☐
							☐	☐	☐
							☐	☐	☐
							☐	☐	☐
							☐	☐	☐

PASO 2 ¿Algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia (SNAP o TFA)? (Esto NO incluye beneficios médicos HUSKY).

Si la respuesta es NO, procesa con el PASO 3

Si la respuesta es SÍ, un miembro del grupo familiar participa en SNAP o TFA, escriba el número de caso de SNAP O TFA aquí, y luego proceda con el PASO 4 (*no complete el PASO 3*). *Para agilizar el proceso de aprobación, se recomienda enfáticamente que presente un comprobante de elegibilidad para SNAP o TFA junto con esta solicitud.* Consulte las instrucciones.

Número de caso:

Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los membros del grupo familiar (Omita este paso si respondió "Si" en el Paso 2)

¿No está seguro de qué ingreso debe incluir aquí?

Dé vuelta la página y consulte las tablas intituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La tabla "Fuentes de ingresos de menores" lo ayudará a completar la sección "Ingresos de menores".

La tabla "Fuentes de ingresos de adultos" lo ayudará a completar la sección "Todos los miembros adultos del grupo familiar".

A. Ingreso de los menores

A veces, los menores del grupo familiar reciben un ingreso. Incluya el ingreso TOTAL que obtienen todos los menores del grupo familiar mencionados en el PASO 1 aquí.

Ingreso de los menores: $

¿Con qué frecuencia? Semanalmente ○ Cada 2 semanas ○ Dos por mes ○ Mensualmente ○ Anual ○

B. Todos los miembros adultos del grupo familiar (incluido usted)

Mencione todos los miembros del grupo familiar que no están incluidos en el PASO 1 (incluido usted), **incluso si no perciben un ingreso.** Para cada miembro del grupo familiar mencionado, si perciben un ingreso, informe el **ingreso bruto total** (antes de impuestos) correspondiente a cada fuente en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si no perciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no hay ingresos para informar.

Nombre de los miembros adultos del grupo familiar (nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia? Semanalmente / Cada 2 semanas / Dos por mes / Mensualmente / Anual	Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia? Semanalmente / Cada 2 semanas / Dos por mes / Mensualmente / Anual	Pensiones/jubilaciones /otros ingresos	¿Con qué frecuencia? Semanalmente / Cada 2 semanas / Dos por mes / Mensualmente / Anual
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○

Total de miembros en el grupo familiar (niños y adultos - Paso 1 y Paso 3) ☐☐

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal asalariado o de otro miembro adulto del grupo familiar X X X X X ☐☐☐☐

Marque si no tiene SSN ☐

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto: Envíe solicitud completa a: Fairfield Public Schools, Food Svc. Dept., 501 Kings Hwy. East, Suite 210, Fairfield, CT 06825

"Certifico (prometo) que toda la información presentada en esta solicitud es verdadera y que se informaron todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con el recibo de fondos federales y que los directivos de la escuela podrán verificar (comprobar) la información. Sé que, si proporciono información falsa intencionalmente, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y podrían procesarme en virtud de las leyes estatales y federales correspondientes".

Dirección (si está disponible) | N.° de depto. | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono durante el día y correo electrónico

Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta | Firma del adulto | Fecha de hoy

Solicitud para comidas gratuitas y a precio reducido en la escuela 2019-2020

Fuentes de Ingresos de Menores	
Fuentes de ingresos de menores	**Ejemplos**
Ingresos del trabajo	Un menor tiene un trabajo regular o de medio tiempo en el que gana un salario o sueldo
Seguro social • Pagos por discapacidad • Beneficios de sobrevivientes	Un menor es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del seguro social Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios del seguro social
Ingreso de personas **fuera** del grupo familiar	Un amigo o familiar no cercano aporta dinero **de forma regular** a un menor
Ingreso de cualquier otra fuente	Un menor recibe ingresos de un fondo de pensión privada, anualidad o fideicomiso

Fuentes de Ingresos de Adultos		
Ingresos del trabajo	**Asistencia pública/ manutención de menores/pensión alimenticia**	**Pensiones/jubilaciones/ otros ingresos**
• Ingreso bruto para salarios, sueldos, efectivo, bonos • Ingreso neto de trabajo independiente (granja o negocio) **Si se encuentra en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.:** • Pago básico y bonos en efectivo (*NO incluya pagos por combate, FSSA ni asignaciones para viviendas privatizadas*) • Asignaciones para viviendas fuera de la base, alimentos y vestimenta	• Beneficios de desempleo • Compensación de los trabajadores • Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) • Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local • Pagos por pensión alimenticia • Pagos por manutención de menores • Beneficios de veteranos • Beneficios de huelga	• Seguro social (incluida la jubilación ferroviaria y los beneficios por neumoconiosis) • Pensiones privadas o discapacidad • Ingreso regular de fideicomisos o patrimonio • Anualidades • Ingreso de inversiones • Intereses ganados • Ingreso de rentas • Pagos regulares en efectivo de fuentes externas al grupo familiar

OPCIONAL Identidades raciales y étnicas de los menores

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que cumplamos plenamente con las necesidades de nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Etnia (marque una opción): ❑ Hispana o latina ❑ No hispana ni latina

Raza (marque una opción o más): ❑ Indio estadounidense o nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Afroamericano ❑ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico ❑ Caucásico

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.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.), debe 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 Rel 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 Progr 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 cualqui oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en 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.

Solo para uso de la escuela. No escriba después de esta

The Determining Official (DO) for the school/district MUST complete this section. ***(Only convert to annual income if there are different frequencies of income listed in Step 3.)***
Annual Income Conversion: Weekly X 52 ◆ Every 2 weeks X 26 ◆ Twice a Month X 24 ◆ Monthly X 12

Directly Certified (DC) **based on the State DC List** as eligible for: ❑ SNAP ❑ TFA ❑ OT ❑ **FM** (Free Medicaid) ❑ **RM** (Reduced Medicaid). Date Certified on DC List: _____

❑ SNAP/TFA Household providing proof (must be confirmed by DO) of a handwritten case number ❑ Foster Child ❑ Head Start ❑ **Confirmed** Homeless or Runaway

❑ Income Household: Total household income: _____ per _____ Household Size: _____ ***ERROR PRONE?*** ❑ YES ❑ NO

Application approved for: ❑ Free Meals ❑ Reduced-price Meals ❑ Application Denied

Date Notice Sent: _____ Signature of DO: _____ Date: _____

Cómo Solicitar Comidas Gratuitas y a Precio Reducido en la Escuela

Use estas instrucciones como ayuda para completar la solicitud para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela. Solo debe completar una solicitud por grupo familiar, *incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en Fairfield Public Schools*. **La solicitud debe completarse en su totalidad** para certificar a sus hijos para que reciban comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela. Siga estas instrucciones en orden. Cada paso de las instrucciones es idéntico al de la solicitud. Si, en algún momento, no sabe qué hacer a continuación, comuníquese con la secretaria de Servicios de Alimentos a (203) 255-8370, o por correo electrònico a foodsvc@fairfieldschools.org.

UTILICE UNA LAPICERA (NO UN LÁPIZ) PARA COMPLETAR LA SOLICITUD Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE.

Paso 1: Mencione a todos los miembros del grupo familiar que sean bebés, niños y alumnos hasta el grado 12 inclusive

Indique cuántos bebés, niños y alumnos escolares residen en su grupo familiar. NO tienen que estar emparentados con usted para ser parte de su grupo familiar.

¿A quién debo mencionar aquí? Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros del grupo familiar

- que sean niños de 18 años o menos, Y que reciben respaldo del ingreso del grupo familiar;
- que estén bajo su cuidado en virtud de un acuerdo de acogimiento familiar o que reúnan los requisitos de jóvenes sin hogar o fugados;
- que sean alumnos que asisten a Fairfield Public Schools, *independientemente de la edad.*

A) Mencione el nombre de cada menor.	B) ¿El menor es alumno del distrito?	C) ¿Tiene algún niño en acogimiento?	D) ¿Alguno de los menores no tiene hogar, se fugó de su hogar o participa en el Programa Head Start?
Escriba en letra de imprenta el nombre de cada menor. Use una línea de la solicitud para cada menor. Al escribir los nombres en letra de imprenta, hágalo con claridad. Si hay más niños que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja con toda la información requerida para los menores adicionales.	Indique el nombre de la escuela, el grado y marque "Sí" o "No" en la columna "Alumno" para informarnos qué menores asisten a la escuela en el distrito. Si marcó "Sí", escriba el grado del alumno en la columna "Grado".	Si alguno de los menores mencionados se considera niño en acogimiento, marque la casilla "Niño en acogimiento familiar" junto al nombre del menor. Si SOLO presenta la solicitud para niños en acogimiento, después de completar el **PASO 1**, proceda con el **PASO 4**. *Los niños en acogimiento que residen con usted pueden considerarse miembros de su grupo familiar y deben incluirse en su solicitud.* Si presenta la solicitud para niños en acogimiento y de otra naturaleza, proceda con el Paso 3.	Si considera que alguno de los menores mencionados en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla "Head Start o Sin hogar/Fugado" junto al nombre del menor y *complete todos los pasos de la solicitud.*

Paso 2: ¿Algún miembro del grupo familiar participa actualmente en snap o tfa?

Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas en la escuela:

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Temporal Familiar (TFA)

A) Si ningún miembro del grupo familiar participa en los programas mencionados anteriormente:	A) Si un miembro del grupo familiar participa en alguno de los programas mencionados anteriormente:
• Deje en blanco el **PASO 2** y proceda con el **PASO 3.**	• Escriba un número de caso para SNAP o TFA. Solo debe proporcionar un número de caso. Si participa en uno de estos programas y no sabe su número de caso, comuníquese con su asistente social de DSS. **Nota: No use un número de beneficios médicos de HUSKY puesto que este número no corresponde a un número de caso de SNAP o TFA. También se recomienda (aunque no es obligatorio) que presente un comprobante de este número de caso de SNAP o TFA al presentar la solicitud para su procesamiento. El comprobante NO incluye una copia de la tarjeta CONNECT.** • Proceda con el **PASO 4**.

Paso 3: Informe el ingreso de todos los miembros del grupo familiar

¿Cómo informo mi ingreso?

- Use las tablas **"Fuentes de ingresos de menores"** y **"Fuentes de ingresos de adultos"**, impresas en el reverso del formulario de la solicitud para determinar si su grupo familiar debe informar ingresos.
- **Informe todos los importes como un INGRESO BRUTO SOLAMENTE: Informe todos los ingresos en dólares enteros**. No incluya centavos.
  - El ingreso bruto es el ingreso total percibido antes de impuestos.
  - Muchas personas piensan que el ingreso es el importe que "se llevan a casa" y no el monto "bruto" total. Asegúrese de que el ingreso que informe en esta solicitud NO haya sido reducido para pagar impuestos o primas de seguros ni se haya deducido ningún otro importe de su salario.
- Escriba "0" en los campos donde no haya ningún ingresos para informar. Todos los campos de ingresos que se dejen vacíos o en blanco también se calcularán como cero. Si escribe '0' o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no hay ingresos para informar. Si los funcionarios locales sospechan que su ingreso familiar no se informó de forma correcta, se investigará su solicitud.
- Marque con qué frecuencia se recibe cada tipo de ingreso mediante las casillas a la derecha de cada campo.

3.A. Informe los ingresos obtenidos por los menores

A) Informe todos los ingresos percibidos o recibidos por los menores. Informe el ingreso bruto combinado de TODOS los menores mencionados en el PASO 1 de su grupo familiar en la casilla "Ingresos de menores". Solo considere el ingreso de los niños en acogimiento si presenta la solicitud para ellos junto con el resto de su grupo familiar.

¿Qué es el ingreso de menores? El ingreso de los menores es el dinero que no proviene del grupo familiar y que se paga DIRECTAMENTE a sus hijos. Muchos grupos familiares no perciben un ingreso de menores.

3.B. Informe los ingresos obtenidos por los adultos

¿A quién debo mencionar aquí?

- Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos del grupo familiar que residen con usted, y comparten el ingreso y los gastos, *incluso si no son parientes y si no reciben su propio ingreso.*
- ***NO incluya lo siguiente:***
  - Personas que residen con usted, pero que no se mantienen con el ingreso de su grupo familiar Y no aportan ingresos a su grupo familiar.
  - Bebés, niños y alumnos ya mencionados en el **PASO 1**.

B) Incluya los nombres de los miembros adultos del grupo familiar. Escriba en letra de imprenta el nombre de cada miembro del grupo familiar en las casillas "Nombres de los miembros adultos del grupo familiar (nombre y apellido)." *No incluya ningún miembro del grupo familiar mencionado en el **PASO 1**.* Si un menor mencionado en el **PASO 1** percibe un ingreso, siga las instrucciones en el **PASO 3, parte A.**	**C) Informe los ingresos del trabajo.** Informe todos los ingresos del trabajo en el campo "Ingresos del trabajo" en la solicitud. Generalmente, esto se refiere al dinero percibido por hacer un trabajo. Si trabaja de forma independiente en un negocio o es el propietario de una granja, debe informar su ingreso neto. ***¿Qué sucede si soy trabajador independiente?*** Informe el ingreso de ese trabajo como un importe neto. Esto se calcula restando de los ingresos brutos el total de los gastos operativos de su negocio.	**D) Informe el ingreso de la asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia.** Informe todos los ingresos correspondientes en el campo "Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia" de la solicitud. *No informe el valor en efectivo de ningún beneficio de asistencia pública que NO se incluya en el cuadro.* Si se percibe algún ingreso por manutención de menores o pensión alimenticia, solo informe los pagos por orden judicial. Se deben informar los pagos informales, aunque regulares, como "otros" ingresos en la parte siguiente.
E) Informe el ingreso de pensiones/jubilaciones/otros ingresos. Informe todos los ingresos correspondientes en el campo "Pensiones/jubilaciones/otros ingresos" de la solicitud.	**F) Informe el tamaño del grupo familiar en total.** Ingrese la cantidad total de miembros del grupo familiar en el campo "Total de miembros del grupo familiar (menores y adultos)". Esta cantidad DEBE ser igual a la cantidad de miembros del grupo familiar mencionados en el **PASO 1** y el **PASO 3**. Si hay algún miembro de su grupo familiar que no haya incluido en la solicitud, vuelva y agréguelo. Es muy importante que incluya a todos los miembros de su grupo familiar puesto que el tamaño del grupo familiar afecta su elegibilidad para recibir comidas gratuitas y a precio reducido.	**G) Proporcione los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social.** Un miembro adulto del grupo familiar debe ingresar los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social en el espacio proporcionado. Usted reúne los requisitos para solicitar los beneficios incluso si no tiene un número del seguro social. Si ningún miembro adulto del grupo familiar tiene un número del seguro social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha titulada "Marque si no tiene un SSN".

Paso 4: Información de contacto y firma del adulto

Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar todas las solicitudes. Al firmar la solicitud, ese miembro del grupo familiar promete que toda la información se proporcionó de forma honesta y completa. Antes de completar esta sección, también asegúrese de que haber leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles en el reverso de la solicitud.

A) Brinde su información de contacto. Escriba su dirección actual en los campos proporcionados si esta información se encuentra disponible. Si no tiene una dirección permanente, esto no significa que sus hijos no reunirán los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela. Es opcional compartir un número de teléfono, un correo electrónico o ambos; sin embargo, nos ayuda a comunicarnos con usted rápidamente si necesitamos contactarlo.	**B) Escriba en letra de imprenta y firme su nombre.** Escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que firma la solicitud. Esa persona firma en la casilla "Firma del adulto".	**C) Envíe solicitud completa por correo a:** **Fairfield Public Schools, Food Svc. Dept., 501 Kings Hwy. East, Suite 210, Fairfield, CT 06825**	**D) Comparta las identidades raciales y étnicas de los menores (opcional).** En el reverso de la solicitud, le pedimos que comparta información sobre la raza y la etnia de sus hijos. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela.

Apéndice A: Divulgación de Información con Otros Programas

Estimado padre/tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó en su *Solicitud para comidas en la escuela a precio reducido y sin cargo* podrá compartirse con otros programas para los cuales sus hijos reúnan los requisitos. Debemos obtener su permiso para compartir esta información con otros programas. Suscríbase a continuación para recibir cualquier beneficio adicional que le interese. **Al suscribirse para recibir los beneficios, certifica que usted es el padre/tutor de los niños para quienes se completa la solicitud. Nota:** Si presenta este formulario, no se cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas o leche de forma gratuita o a precio reducido.

☐ **NO. No** quiero que se comparta la información de mi *Solicitud para comidas/leche en la escuela a precio reducido y sin cargo* con ninguno de estos programas.

☐ **SÍ. Sí** quiero que los directivos de la escuela compartan la información de mi *Solicitud para comidas en la escuela a precio reducido y sin cargo* con los programas que se marcan a continuación. ***Marque todas las opciones que correspondan.***

- ☐ **Principales de las Escuelas Públicas de Fairfield (exención de cuotas para excursiones).**
- ☐ **Principales de las Escuelas Públicas de Fairfield (exenciones de tasas para los exámenes {AP, SAT, ACT} y solicitud para la universidad).**
- ☐ **Principales de las Escuelas Públicas de Fairfield (gorra/ batas /prom entradas).**
- ☐ **Principales de las Escuelas Públicas de Fairfield (instrumentos musicales).**
- ☐ **Principales de las Escuelas Públicas de Fairfield (programa de escuela de verano).**
- ☐ **Ciudad de Fairfield Departamento de Park y Rec. (descuentos del programa).**

Si marcó SÍ en alguna de las casillas anteriores, complete la información a continuación y firme el formulario. Su información se compartirá solo con las personas y los programas correspondientes que marcó.

Escriba en letra de imprenta

Nombre del menor: _____ Escuela: _____

Nombre del menor: _____ Escuela: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código postal: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Para obtener más información, llame a **Departamento de Servicios de Alimentos** al **(203) 255-8370**. Devuelva este formulario a **Fairfield Public Schools, Food Services Dept., 501 Kings Highway East, Suite 210, Fairfield, CT 06825** tan pronto como sea posible.

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.

Rev. Mayo 2019

Anexo B

¿Su familia necesita seguro médico?

Connecticut ofrece cobertura a bajo costo o gratuita!

Estimado padre/tutor,

¿Su hijo está protegido con un seguro médico? Si no es así, su escuela y el estado de Connecticut desean ayudar.

El programa HUSKY Health de Connecticut, por ejemplo, cubre los gastos de visitas médicas (incluyendo exámenes físicos), prescripciones, cuidados de emergencia, cuidados de la visión y dentales, atención médica mental, necesidades especiales de atención médica y más. Es para niños menores de 19 años de familias sin importar su nivel de ingreso.

Aproximadamente 300,000 niños de Connecticut tienen su atención médica cubierta gracias al programa HUSKY Health.

Hay dos partes del programa HUSKY Health para niños:

I. **HUSKY A (o Medicaid)** - para niños de familias con ingresos limitados. Los padres, familiares, proveedores de cuidados y mujeres embarazadas también pueden ser elegibles.

II. **HUSKY B (o Programa de Seguro de Salud para Niños)** - para niños de familias con ingresos superiores.

Puede solicitar HUSKY A o HUSKY B en cualquier momento del año.

- Para solicitarlo **en línea**, visite AccessHealthCT.com
- Para solicitarlo **vía telefónica**, llame al **855-394-2428 (TTY: 855-789-2428)**
- Para obtener información general sobre HUSKY Health, visite **www.ct.gov/Husky**

¡Su hijo necesita que USTED también esté saludable!

Al solicitar el programa HUSKY Health para su hijo, infórmese sobre lo que Access Health CT tiene para ofrecerle.

La mayoría de los residentes de Connecticut tienen que esperar hasta el siguiente período de Inscripción Abierta (desde el 1 de noviembre de 2019 al 15 de diciembre de 2019) para obtener cobertura por Access Health CT. Puede obtener una cobertura antes si tiene un Evento de Vida Calificado, o si está calificado para Medicaid (HUSKY A o D), o el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) (HUSKY B).

¿Qué es un Evento de Vida Calificado? Son eventos que incluyen:

- **Pérdida de cobertura esencial mínima**
- **Matrimonio**
- **Traslado permanente a Connecticut**
- **Embarazo, nacimiento, adopción o cuidado de crianza**
- **Recién elegible/inelegible para los créditos fiscales para las primas como resultado de una sentencia de divorcio, otra sentencia legal u orden judicial**

> PÉRDIDA DE COBERTURA DEBIDO A OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

- **Vencimiento de COBRA**
- **Ya no eres elegible para Medicaid/HUSKY**
- **Ya no eres elegible para un Crédito Fiscal Anticipado para las Primas o una Reducción de Costos Compartidos**
- **Cambio en estatus de ciudadanía o inmigración**

Para obtener más información visite Learn.AccessHealthCT.com/Especial

Esta asociación para informar a los padres sobre opciones de seguros de salud cumple con la Sección 119 de la Ley Pública 07-02, Sesión Especial de junio. Un agradecimiento especial al Departamento de Educación de Connecticut, al Departamento de Servicios Sociales de Connecticut, a Access Health CT, a los Centros de Servicio de Educación Regionales y a todo el personal escolar del estado al unirnos con los padres para brindar cobertura de salud a los niños de Connecticut. [2019]

Anexo C: Información sobre el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Estimado padre/tutor:

Si sus hijos califican para recibir comidas o leche gratis en la escuela, usted también podría calificar para **SNAP** (antes llamados cupones para alimentos). SNAP ayuda a las personas a comprar alimentos para ellos y sus familias. Los beneficios de SNAP se emiten todos los meses en tarjetas de débito plásticas. Puede usar los beneficios de SNAP para comprar alimentos en los principales supermercados, tiendas de alimentos de su barrio y algunos mercados de productores autorizados para aceptar SNAP.

Cómo Calificar

Su calificación y la cantidad de SNAP para la que califique depende de lo siguiente:

- los ingresos de su grupo familiar;
- las deducciones admisibles de los ingresos de su grupo familiar (algunos ejemplos incluyen gastos mensuales de vivienda, facturas médicas y manutención infantil ordenada por el Tribunal);
- el tamaño de su grupo familiar; y
- al menos 5 años de residencia en los Estados Unidos para no ciudadanos calificados.

Si tiene acceso a Internet, puede ingresar para evaluar si puede ser elegible para SNAP. Ingrese en **www.connect.ct.gov** y haga clic en "Am I Eligible?" (¿Soy elegible?). **Tener su propia vivienda o un automóvil no impedirá que sea elegible para SNAP.**

Efectivo octubre 1, 2018

Tamaño del grupo familiar	Ingresos mensuales brutos	Ingresos anuales brutos
1	$1,872	$22,459
2	$2,538	$30,451
3	$3,204	$38,443
4	$3,870	$46,435
5	$4,536	$54,427
6	$5,202	$62,419
7	$5,868	$70,411
8	$6,534	$78,403
Por cada miembro adicional	+666	+7,992
Grupos familiares más grandes = más ingresos		

Para Presentar Una Solicitud u Obtener Más Información

- Para buscar la oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) de Connecticut, llame al **número de referencia de United Way 2-1-1** (llamada gratis en todo el estado).

- Puede encontrar una lista de todas las oficinas del Departamento de Servicios Sociales (DSS) de Connecticut o presentar una solicitud en línea en **www.connect.ct.gov** (haga clic en "Apply for Benefits" (Presentar solicitud de beneficios). Puede obtener la solicitud de SNAP para imprimir en inglés en **https://portal.ct.gov/-/media/Departments-and-Agencies/DSS/Common-Applications/W-1E.pdf** o en español en **https://portal.ct.gov/-/media/Departments-and-Agencies/DSS/Common-Applications/W-1ES.pdf**.

- Las siguientes dos organizaciones realizan servicios de extensión para el DSS y pueden ayudar con la presentación de la solicitud de beneficios SNAP:

  1. **End Hunger CT!** proporciona un cuestionario de elegibilidad para SNAP (**www.ctsnap.org**) y centro de llamadas (866-974-SNAP (7627)) para asistirlo/a en la determinación de la elegibilidad. Si es elegible para SNAP, hará durar sus dólares para alimentos, apoyará su escuela y la comunidad, y sus hijos obtendrán comidas sin cargo en la escuela. Muchas familias se sorprenden de calificar; comprobarlo es rápido, fácil y confidencial a través del cuestionario y el centro de llamadas.
  2. **La Asociación para la Acción Comunitaria de Connecticut** (CAFCA, por sus siglas en inglés) trabaja con las siguientes agencias de acción comunitaria que lo/la ayudarán a inscribirse en SNAP:

Anexo C: Información sobre SNAP

Agencia	Número de teléfono	Áreas de servicio
Action for Bridgeport Community Development, Inc. (ABCD)	203-366-8241	Área metropolitana de Bridgeport y condado de Upper Fairfield
Agencia de Acción Comunitaria Access (Access)	860-450-7400	Condados de Windham y Tolland
Community Action Agency of New Haven, Inc. (CAANH)	203-387-7700	Área metropolitana de New Haven
The Community Action Agency of Western Connecticut, Inc. (CAAWC)	203-744-4700	Noroeste de CT y condado de Lower Fairfield
Community Renewal Team, Inc. (CRT)	860-560-5600	Condados de Hartford y Middlesex
Human Resources Agency of New Britain, Inc. (HRA)	860-225-8601	Áreas de New Britain y Bristol
New Opportunities, Inc. (NOI)	203-575-9799	Áreas metropolitanas de Waterbury, Meriden, y Torrington
Thames Valley Council for Community Action, Inc. (TVCCA)	860-889-1365	Sudeste de CT- Condado de New London
Training Education and Manpower, Inc. (TEAM)	203-736-5420	Naugatuck Valley

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y las regulaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados y las instituciones que participan o administran programas de USDA no deben discriminar en función de la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, las discapacidades, la edad, ni tomar represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en algún programa o actividad conducido o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, Lenguaje de Señas Estadounidense, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas con sordera, dificultad para escuchar o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal Relay al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas, además de inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación en el programa, complete el Formulario de reclamo por discriminación en el programa de USDA, (AD-3027) que lo encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA; o bie, puede escribir una carta dirigida a USDA y proporcionar toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta a USDA por los siquientes medios:

(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.

El Departamento de Educación de Connecticut abala la política de igualdad de oportunidades/acción afirmativa para todas las personas que reúnan los requisitos. El Departamento de Educación del Estado de Connecticut no discrimina en ninguna práctica de empleo, programa educativo ni actividad educativa en función de **raza, color, religión, sexo, edad, nacionalidad, ascendencia, estado civil, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad (que incluye, entre otras, discapacidad intelectual, antecedentes pasados o presentes de trastornos mentales, discapacidad física o discapacidad del aprendizaje), información genética ni con base en ningún otro aspecto prohibido por las leyes antidiscriminación federales o del estado de Connecticut. El Departamento de Educación del Estado de Connecticut no discrimina de forma ilegal en el empleo ni en la emisión de licencias contra personas con condenas penales previas que reúnen los requisitos.** Las consultas sobre las políticas antidiscriminación del Departamento de Educación del Estado de Connecticut deben dirigirse a: Levy Gillespie, Equal Employment Opportunity Director/Americans with Disabilities Act Coordinator, Connecticut State Department of Education, 450 Columbus Boulevard, Suite 607, Hartford, CT 06103, 860-807-2071, Levy.Gillespie@ct.gov.

CSDE
CONNECTICUT STATE DEPARTMENT OF EDUCATION

Este documento está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/NSLP/Forms/FreeRed/AddendumCSP.pdf.