

COLUMBUS INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. *Columbus ISD* ofrece alimentación sana todos los días escolares. El desayuno cuesta \$1.50 en todas las escuelas; y el almuerzo cuesta \$3.00 en la Escuela Secundaria Columbus; \$2.75 en el Columbus Escuela Intermedia; y \$2.50 en el Columbus Primaria. **Sus niños podrían calificar para recibir comidas gratuitas o de precio reducido.** El precio reducido es \$0.30 para el desayuno y \$0.40 para el almuerzo. Si usted ha recibido una carta de notificación (de certificación directa) que indica que un niño califica para recibir comida gratuita, no llene una solicitud. Reporte a la escuela si hay niños en el hogar asistiendo a la escuela, pero que no se incluyeron en esta carta de certificación.

Las siguientes preguntas y respuestas, y las instrucciones adjuntas, proporcionan información adicional para como completar la solicitud. Complete sola una solicitud para todos los estudiantes en el hogar y entregue la solicitud completa a *Anela Carter, (Oficina De Administration)*. Si tiene preguntas sobre como solicitar comida gratuita o de precio reducido, póngase en contacto con *Anela Carter, 105 Cardinal Lane, Columbus, TX 78934, (979) 732-5704 ext. 104*.

1. ¿Quién puede recibir comida gratuita?

- *Ingresos*— Los niños pueden recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso bruto del hogar se encuentra debajo de los límites de las *Guías Federales de Elegibilidad por Ingresos*.
- *Participantes de programas especiales* — Todos los niños en los hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPRI), o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), califican para comida gratuita.
- *Los Niños Adoptivos Temporales (Foster Children)*— Los niños adoptivos temporales (foster children) que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster care agency) o de una corte.
- *Head Start, Early Head Start, y Even Start*— Los niños que participan en Head Start, Early Head Start y Even Start también califican para recibir comida gratuita.
- *Los Niños Sin Hogar, Fugitivo y Migrante* — Los niños sin hogar, que son fugitivos o que son migrantes califican para recibir comida gratuita. Si usted cree que hay niño(s) en su hogar que cumplen con estas descripciones, y si no le han dicho que el niño es considerado como persona sin hogar, fugitivo o migrante, por favor llame o envíe un correo electrónico a *Amber Berger, Enlace sin Hogar, (979) 732-2078*.
- *Beneficiarios del Programa WIC* — Los niños que viven en hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o a precio reducido.

2. ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud? Debe hablar con los funcionarios escolares. También, puede apelar la decisión llamando o escribiendo al *Dr. Brian Morris, 105 Cardinal Lane, Columbus, TX 78934, (979) 732-5704*.

3. La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar otra solicitud? Sí. La solicitud de su hijo es válida solo por un año escolar y los primeros días del año escolar actual. Debe entregar una solicitud nueva a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

4. Si no califico ahora, ¿puedo solicitar más adelante? Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Un niño con un padre, madre o guardián que pierde su trabajo puede calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso del hogar cae debajo del límite del ingreso establecido.

5. ¿Qué pasa si mi ingreso no es igual siempre? Reporte la cantidad que recibe normalmente. Si un miembro del hogar perdió un trabajo o le han reducido sus horas o su sueldo, use el ingreso actual.

6. Estamos en las fuerzas armadas. ¿Tenemos que declarar nuestro ingreso diferente? Su sueldo básico y los bonos en efectivo tienen que ser reportados como ingresos. Si recibe unos subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o recibe pagos de Family Subsistence Supplemental Allowance (FSSA), tiene que incluirlos como ingresos. Si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar (Military Housing Privatization Initiative), no incluya este subsidio de vivienda como ingreso. Además, no cuente cualquier pago de combate adicional debido al despliegue militar como ingreso.

7. ¿Puedo solicitar si un miembro de mi hogar no es ciudadano estadounidense? Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido.

8. ¿Van a verificar la información que yo doy? Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.

9. Mi familia necesita ayuda adicional. ¿Existen otros programas a los que podríamos solicitar? Para enterarse de cómo solicitar otros beneficios de ayuda, llame a la oficina local de asistencia al 2-1-1.

10. ¿Puedo solicitar por internet? Sí! La solicitud por internet (online) requiere la misma información que por escrito. **Visite** a [www.myschoolapps.com] para empezar su solicitud o aprender más sobre el proceso de completar la solicitud por internet. Póngase en contacto con [*Anela Carter, 105 Cardinal Lane, Columbus, TX 78934, (979) 732-5704*] si tiene preguntas sobre la solicitud por internet.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al *Anela Carter, 105 Cardinal Lane, Columbus, TX 78934, (979) 732-5704*.

Atentamente,

Anela Carter

Directions for Applying For Free and Reduced-Price School Meals

Please use these instructions to complete the free or reduced-price school meals application. Submit one application per household, even if the children in the household attend more than one school in Columbus ISD. Please use a **pen** (not a pencil) when completing the application. The application must be filled out completely in order for the school to make a determination if the children in your household qualify for free or reduced-price school meals. **An incomplete application cannot be approved.** Please contact Anela Carter, (979)732-5704 ext 104 with your questions.

Step 1: List All Household Members Who Are Infants, Children, And Students Up to and Including Grade 12.

- **List** each child’s name.

Print first name, middle initial, and last name for each child in the household in the spaces. If there are more children than lines, use the back of the application to record additional names.

Include all household members who are age 18 or under and are supported with the household’s income including children who are not enrolled in the district. Children do NOT have to be related to anyone in the household to be a part of the household.

- **Mark** the box following the child’s name to show if the child is a student in the Columbus ISD.
- **Record** the child’s grade if the child is in school.
- **Check** the appropriate box if a child qualifies for free meals as participant in the foster care system, Head Start (including Early Head Start or Even Start) program or if a child meets the criteria for homeless, migrant, or runaway.

Checking Foster indicates that a foster care agency or court has placed the child in your home. If the application is being submitted for foster children only, complete Step 1, skip Step 2, and complete Step 3.

Participation in a Categorical Program

If all children in the household are participants in one of the following programs—Foster, Head Start, Homeless, Migrant, or Runaway, skip Step 2 and complete Step 3.

SNAP, TANF, and FDPIR: Do any household members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, or FDPIR?

If a child or adult in the household participates in Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance to Needed Families (TANF), record the Eligibility Determination Group (EDG) number in the space.

If a child or adult in the household is a participant in Food Distribution Program for Households on Indian Reservations (FDPIR), check the box to indicate participation. The Columbus ISD will contact you to obtain documentation of FDPIR participation.

If the students in the household are eligible based on SNAP, TANF, or FDPIR, skip Step 2 and complete Step 3.

Step 2: Report Income for All Household Members.

Part A. Total Household Members

- **Record** the total number of children and adults in the household in the appropriate box.

This number MUST be equal to the number of household members listed in Step 1 and Step 2. It is very important to list all household members as the size of the household determines the household eligibility.

Part B. Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of an Adult Household Member

- **Provide** the last four digits of the Social Security number (SSN) of an adult in the household or check the box for no SSN.

A social security number is not required to apply for these programs.

Reduced-Price Meal Income Eligibility Guidelines					
Family Size	Annually	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	\$22,459	\$1,872	\$936	\$864	\$432
2	\$30,451	\$2,538	\$1,269	\$1,172	\$586
3	\$38,443	\$3,204	\$1,602	\$1,479	\$740
4	\$46,435	\$3,870	\$1,935	\$1,786	\$893
5	\$54,427	\$4,536	\$2,268	\$2,094	\$1,047
6	\$62,419	\$5,202	\$2,601	\$2,401	\$1,201
7	\$70,411	\$5,868	\$2,934	\$2,709	\$1,355
8	\$78,403	\$6,534	\$3,267	\$3,016	\$1,508
For each additional family member add:					
	+ \$7,992	+ \$666	+ \$333	+ \$308	+ \$154

Part C. Income for All Adult Household Members (Including Yourself, But Not Children)

- **Record** the first and last name of each adult in the household in the space provided.

If there are more adults in the household than available spaces, use the back of the application. Children’s income is reported in Part D.

Include all adults living in the household that share income and expenses, even if the adult is not related to anyone in the household and does not receive any income. Do not include adults that are not supported by the household’s income and do not contribute income to the household.

- **Record** the amount of income the adult receives under the type of income: Working Earnings; Public Assistance/Child Support/Alimony; Pensions/Retirement/Social Security/ Supplemental Security Income (SSI); and All Other.

Report all amounts in gross income only and in whole dollars. Gross income is the total income received before taxes or deductions. Ensure that the income reported has not been reduced by the amounts deducted for taxes, insurance premiums, or any other purpose. The Adult Income Information Box provides additional information on the types of income that need to be reported. Foster children may be included as a member of the household or may be included on a separate application.

Write a 0 in any field where there is no income to report. If you write 0 or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report. If local officials have known or available information that the household income was reported incorrectly, the application will be verified for cause.

- **Circle** how often each type of income is received (frequency).
 - W = Weekly
 - E = Every 2 Weeks
 - T = Twice per Month
 - M = Monthly
 - A = Annually

Part D. Income for Children in the Household

- **Record** total income for all children by how often income is received (frequency).

Record adult income in Part C.

Record the income of children individually under the frequency indicating how often the income is received.

The Child Income Information Box (on the right) provides additional information on the types of income that needs to be reported for children in the household.

Adult Income Information Box	
Earnings from Work	
<i>General Types of Income</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salary, wages, cash bonuses ▪ Strike benefits 	
<i>U.S. Military</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allowances for off-base housing, food, and clothing ▪ Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA, or privatized housing allowances) 	
<i>Self-Employed Worker</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Net income from self-employment (farm or business)—calculated by subtracting the total operating expenses of the business from its gross receipts or revenue. 	
Public Assistance/ Child Support/Alimony	
<i>(Do not report the value of any cash value public assistance benefits NOT listed on the chart.)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimony payments ▪ Cash assistance from State or local government ▪ Child support payments if income is received from child support or alimony, only court-ordered payments should be reported here. Informal but regular payments should be reported as <i>other</i> income in the next part. ▪ Unemployment benefits ▪ Worker’s compensation 	
Pensions/Retirement/ Supplemental Security Income (SSI)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Annuities ▪ Income from trusts or estates ▪ Private Pensions or disability ▪ Social Security (including railroad retirement and black lung benefits) ▪ Supplemental Security Income (SSI) ▪ Veteran’s benefits 	
All Other Income	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Earned interest ▪ Investment income ▪ Regular cash payments from outside household ▪ Rental income 	

Step 3: Provide Contact Information and Adult Signature.

- **Read** the certification statement.
- **Write** your current address and contact information in the space provided. Sharing a phone number, email address, or both is optional, but helps us reach you quickly if we need to contact you.

If you have no permanent address, this does not make your children ineligible for free or reduced-price school meals.
- **Print** the name of the adult signing the form, **sign** the form, and **record** today’s date in the appropriate spaces.

All applications must be signed by an adult household member. By signing the application, the household member is promising that all information has been truthfully and completely reported. Before completing this section, please read the privacy and civil rights statements on the back of the application.

Step 4: Return the Application.

- **Return** the application to Columbus ISD at 105 Cardinal Lane, Columbus, TX 78934, Fax to (979) 732-5960, and/or your child’s school.

Child Income Information Box	
Earnings from work	
<i>For Example: A child has a job where she or he earns a salary or wages.</i>	
Social Security, Disability Payments	
<i>For Example: A child is blind or disabled and receives Social Security benefits.</i>	
Social Security, Survivor’s Benefits	
<i>For Example: A parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives social security benefits.</i>	
Income from any other source	
<i>For Example: A child receives income from a private pension fund, annuity, or trust.</i>	

Columbus Independent School District , Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para Varios Usos del 2018-2019

This Box for School Use Only.
Date Withdrawn:

Llene una solicitud para cada hogar. Favor de usar un bolígrafo (no un lápiz). Llene su solicitud por internet al <http://www.columbusisd.org>

Parte 1: Definición de Miembro del hogar: Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. Los niños temporalmente adoptados (foster), niños que satisfacen la definición de migrantes, sin hogar, (homeless), fugitivo, (runaway), o que participan en Head Start son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste el nombre de cada niño.

¿Asiste a la escuela en el distrito?

Marque todo lo que aplique.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
			Sí	No							
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Participación en las Diferentes Categorías de Elegibilidad

- Si todos los niños indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.
- ¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR?

No > Completé 2 y 3. Si > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en este espacio _____, y pase directamente a la Parte 3.

SI > FDPIR, marque en la casilla , ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

Parte 2: Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you entered an EDG number or checked the box to indicate participation in FDPIR in Step 1).

A. Total Household Members (Children & Adults) _____

B. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó lasolicitud: XXX-XX __ __ __ Marque aquí si no tiene un SSN

C. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores). Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0.' Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

D. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste los ingresos para todos los niños indicados en Parte 1 por la frecuencia que se recibe.

	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por me	Mensual	Anualmente
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$

Parte 3: Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo firmar este formulario.

Proporcione Su Información de Contacto y Firma de Adulto. Regrese esta solicitud a: 105 Cardinal Lane, Columbus TX 78934 or fax to 979-732-5960.

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.

Dirección/Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono y correo electrónico (opcional)
Miembro (Adulto) del hogar que lleno solicitud	Firma del adulto que llenó la solicitud			Fecha de hoy

Parte 1: Nombres Adicional

Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.

Liste el nombre de cada niño.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Marque todo lo que aplique.			
			Sí	No				Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Nombres Adicional

C. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores).

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
6.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

D. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Añote los ingresos para todos los niños indicados en Parte 1 por frecuencia.

	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$

Step 4 (Optional), Permiso para Compartir Información con Otros Programas

Para los siguientes programas, necesitamos su permiso para compartir su información. Por favor, marque con un círculo cualquier programa o beneficio de la lista siguiente del que usted desee recibir la información en esta solicitud. El hecho de llenar esta sección no cambiará si sus niños pueden recibir o no comida gratuita o a precio reducido.

Pre-K

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

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.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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.

Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.

<i>Income Determination: Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 Every 2 Weeks x 26 Twice a Month x 24 Monthly x 12</i>							Date Received:				
Household Size: _____	Total Income: _____	Weekly <input type="checkbox"/>	Every 2 Weeks <input type="checkbox"/>	Twice a Month <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Annually <input type="checkbox"/>	Categorical Determination <input type="checkbox"/>	Eligibility:			
								Free <input type="checkbox"/>	Reduced <input type="checkbox"/>	Denied <input type="checkbox"/>	
Reviewing/Determining Official's Signature/Date		Confirming Official's Signature/Date									