Estimado padre/tutor: Fecha:

Cada uno de los niños que se indican a continuación tiene aprobación automática para recibir comidas escolares sin costo o de precio reducido para el año escolar en curso en función de su elegibilidad para **los beneficios en efectivo de FoodShare, Wisconsin Works (W-2), algunos programas de Medicaid, el Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDPIR) o estado de niño adoptivo**.

| **Nombre del niño** | **Nombre de la escuela** | **Sin costo** | **Precio reducido** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Si sus hijos fueron aprobados para recibir comidas sin costo, no complete una *Solicitud del hogar para comidas escolares sin costo y de precio reducido* para los estudiantes que se indican más arriba. Si sus hijos fueron aprobados para recibir comidas de precio reducido, podrá completar una *Solicitud del hogar para comidas escolares sin costo y de precio reducido* para averiguar si sus hijos son elegibles para recibir comidas sin costo.

**Extensión de beneficios:** si hay más estudiantes en su vivienda que no están incluidos en la lista de más arriba, también son elegibles para recibir comidas sin costo o de precio reducido. Tenga en cuenta que, si el hijo indicado más arriba es un hijo adoptivo, el beneficio podría no extenderse a los demás niños de la vivienda. Los niños que incluya más abajo serán elegibles para recibir comidas sin costo o de precio reducido en la fecha en que usted devuelva la información a la dirección indicada. Devuelva la carta completa. Si el espacio no es suficiente para incluir los nombres de todos sus hijos, adjunte la lista en una hoja de papel separada.

| **Nombre del niño** | **Nombre de la escuela** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**Summer EBT**: Ya que, durante este año escolar, su hijo(a) califica para acceder a las comidas gratuitas y de precio reducido, también es elegible para recibir los beneficios de Summer EBT este verano. El programa Summer EBT proporciona fondos para cada hijo(a) elegible para ayudarle con los gastos de comida durante los meses de verano. Para obtener más información sobre el programa, actualizar su información de contacto o dejar de recibir estos beneficios, visite [Summer EBT Benefit Management](https://schoolpebt.wi.gov/s/SummerBenefitInfo).

**Recordatorio**: Los beneficios de comidas se aplican únicamente a la comida reembolsable. La comida reembolsable incluye leche como uno de los componentes obligatorios y debe ser cotizada como una unidad. Si el estudiante decide tomar solo leche, no será una comida reembolsable, y la leche se cobrará como si fuese un artículo a la carta.

**Rechazo del beneficio**: si no desea que sus hijos reciban beneficios de comidas sin costo o de precio reducido, complete el formulario en el reverso de esta página y devuélvalo a la dirección que se indica más abajo.

Si la información indicada más arriba es incorrecta, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con:

**[name]**

**[mailing address]**

**[phone number]**

**[e-mail address]**

Atentamente,

**[signature]**

**Rechazo del beneficio:** si no desea que sus hijos reciban estos beneficios de comidas escolares, complete la sección de más abajo y devuelva la carta completa a la dirección que se indica en el reverso.

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No quiero que mis hijos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reciban comidas sin costo o de precio reducido. (Nombre de los niños en letra de imprenta clara)

Firma del padre o tutor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o

**(2)fax:**

(833)256-1665 o (202) 690-7442; o

**(3)correo electrónico:**

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades*.*