**[insert date]**

Estimado padre/tutor:

Queremos informarle que los menores mencionados a continuación recibirán comidas a precio reducido **[insert applicable meal, e.g., lunches, breakfasts, milk, and snacks]** en la escuela porque han recibido una certificación directa y reúnen automáticamente los requisitos para recibir comidas a precio reducido sin la necesidad de presentar otra solicitud. La certificación directa de Medicaid es el proceso mediante el cual se determina que los menores reúnen los requisitos para recibir comidas a precio reducido en función de los beneficios de Medicaid por medio del Departamento de Servicios Sociales de Connecticut.

**Nota: Para** el año fiscal 2023-24, los estudiantes matriculados en una escuela que participa en el Programa de Desayuno Escolar podrán recibir un desayuno gratuito. Además, todos los estudiantes elegibles para comidas a precio reducido matriculados en las escuelas que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares podrán recibir un almuerzo sin cargo.

Aunque sus niños son elegibles para comidas a precio reducido, su ingreso total basado en el número de familia puede cualificar sus niños para beneficios gratis. Puede que usted quiera completar y someter la aplicación adjunta. Por favor revise la tabla de ingresos de elegibilidad federal para comidas.

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

Si hay otros menores en su grupo familiar que no se mencionaron anteriormente, **también reúnen los requisitos para recibir comidas a precio reducido.**

Comuníquese con **[insert name] al [insert telephone number] o [insert e-mail address]** si:

* Hay otros menores en su grupo familiar que no se mencionaron anteriormente y le gustaría que reciban comidas a precio reducido en la escuela.
* No desea que sus hijos reciban comidas a precio reducido.
* Tiene otras preguntas.

Finalmente, de acuerdo con la ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell, vamos a usar su información para determinar si su hijo(a) es elejible para participar en los programas escolares de desayuno y almuerzo gratis o a bajo costo. Su información tambien es usada para administrar e implementar los programas escolares de desayuno y almuerzo. La ley nos permite poder compartir su información de elejibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a realizar actividades de auditoria operacional y monitoreo. Por medio de estas funciones administrativas se determinara que se cumpla con la reglamentación federal de estos programas.

Atentamente,

**[insert name and title]**

|  |
| --- |
| **Tablas de ingreso para programas de nutrición 2023-24** |
| **Comidas gratis/leche** | **Comidas a precio reducido**  |
| **Tamaño del grupo familiar** | **Ingreso bruto anual** | **Ingreso bruto mensual** | **Dos veces al mes** | **Ingreso bruto cada dos semanas** | **Ingreso bruto semanal** | **Tamaño del grupo familiar** | **Ingreso bruto anual** | **Ingreso bruto mensual** | **Dos veces al mes** | **Ingreso bruto cada dos semanas** | **Ingreso bruto semanal** |
| **1** | 18,954 | 1,580 | 790 | 729 | 365 | **1** | 26,973 | 2,248 | 1,124 | 1,038 | 519 |
| **2** | 25,636 | 2,137 | 1,069 | 986 | 493 | **2** | 36,482 | 3,041 | 1,521 | 1,404 | 702 |
| **3** | 32,318 | 2,694 | 1,347 | 1,243 | 622 | **3** | 45,991 | 3,833 | 1,917 | 1,769 | 885 |
| **4** | 39,000 | 3,250 | 1,625 | 1,500 | 750 | **4** | 55,500 | 4,625 | 2,313 | 2,135 | 1,068 |
| **5** | 45,682 | 3,807 | 1,904 | 1,757 | 879 | **5** | 65,009 | 5,418 | 2,709 | 2,501 | 1,251 |
| **6** | 52,364 | 4,364 | 2,182 | 2,014 | 1,007 | **6** | 74,518 | 6,210 | 3,105 | 2,867 | 1,434 |
| **7** | 59,046 | 4,921 | 2,461 | 2,271 | 1,136 | **7** | 84,027 | 7,003 | 3,502 | 3,232 | 1,616 |
| **8** | 65,728 | 5,478 | 2,739 | 2,528 | 1,264 | **8** | 93,536 | 7,795 | 3,898 | 3,598 | 1,799 |
| Cada persona adicional | + 6,682 | + 557 | + 279 | + 257 | + 129 | Cada persona adicional | + 9,509 | + 793 | + 397 | + 366 | + 183 |

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/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.