**Instructions for SFSP sponsors:** Provide this letter toall potential families. Make sure to include the current reduced-price income guidelines (Guía sobre los ingresos brutos para comidas a precio reducido) at the end of the parent letter. For more information on the SFSP, visit the Connecticut State Department of Education [SFSP](https://portal.ct.gov/SDE/Nutrition/Summer-Food-Service-Program) website.

Estimado/a padre/madre/guardián:

**(insert name of sponsoring organization)** está pensando en buscar asistencia para poder seguir ofreciendo comidas nutritivas en virtud del Programa de Servicio de Alimentos de Verano para Niños. Este programa está financiado por el Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés) y está administrado por el Departamento de Educación del Estado de Connecticut.

Nuestro programa puede recibir el reembolso por las comidas que se les ofrecen a los niños que cumplen con los criterios de elegibilidad para comidas escolares gratis o a precio reducido. Debemos documentar la elegibilidad de estos niños obteniendo datos sobre el tamaño de la familia y sus ingresos. Los hogares con ingresos menores o iguales a los que los indicados en las directrices de la siguiente página son elegibles para recibir comidas gratis. Complete, firme, feche y envíe la solicitud adjunta. **La información que brinde se tratará de manera confidencial y se usará solo para determinar la elegibilidad.**

**Hogares del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) (antes conocido como “cupones para alimentos”) /Asistencia Temporal Familiar (TFA, por sus siglas en inglés):** Si actualmente un miembro del hogar recibe beneficios del programa SNAP (antes conocido como “cupones para alimentos”) o de la TFA, solamente necesita indicar el nombre de su hijo; y el número de caso de SNAP o TFA, y debe ***firmar*** la solicitud. Un niño que recibe beneficios del SNAP o de la TFA es automáticamente elegible para recibir comidas gratis en el programa.

**Todos los demás grupos familiares:** Si los ingresos del hogar son iguales o menores a los que se muestran en la escala de la página adjunta (Guía sobre los ingresos brutos para comidas a precio reducido), debe brindar la siguiente información a **(Insert name and contact information including address for enrolled program or camp)** para que se procese su solicitud.

**Miembros del grupo familiar:** Indique los nombres de todas las personas que viven en su hogar. Incluya los padres, abuelos, todos los niños, demás familiares y personas no relacionadas con usted que viven en su hogar. **Nota:** Definición de “Miembro del grupo familiar” es cualquier persona que viva con usted, y que comparta los ingresos y los gastos, incluso si no es un pariente.

* **Número de seguro social:** Indique los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la persona adulta del grupo familiar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene un número de seguro social, escriba “No tengo” en letra de imprenta.
* **Ingresos actuales:** Indique el monto de los ingresos que cada persona recibió el **último** mes (***antes*** de las deducciones de impuestos, seguro social, etc.), la frecuencia de los ingresos **y** de dónde provienen, como salarios, jubilación o asistencia social. Si los ingresos de algún miembro del grupo familiar del último mes fueron superiores o inferiores a los habituales, indique los ingresos mensuales promedio habituales.

**Firma:** Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar la solicitud.

**Niños en acogimiento familiar:** En ciertos casos, los niños en acogimiento familiar son elegibles para estos beneficios, independientemente de los ingresos del grupo familiar. Si una familia tiene un niño que está viviendo con ellos en guarda legal otorgada por el estado de Connecticut, ese niño se considera como un grupo familiar de un solo miembro y se deben indicar los ingresos mensuales del estado.

**Renovación de la solicitud:** Si no es elegible ahora, pero los ingresos del grupo familiar disminuyen, aumenta el tamaño de su grupo familiar o se queda sin trabajo, complete una solicitud llegado ese momento. Los participantes cuyos familiares se quedan sin trabajo son elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido durante el período de desempleo, siempre y cuando la pérdida de los ingresos cause que los ingresos familiares durante el período de desempleo estén dentro de los parámetros de elegibilidad para esos beneficios.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Guía sobre los ingresos brutos para comidas a precio reducido Vigente del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025** | | | | | |
| Cantidad de miembros de la familia | Ingresos brutos anuales | Ingresos brutos mensuales | Dos veces por mes | Ingresos brutos cada dos semanas | Ingresos brutos semanales |
| **1** | 26,973 | 2,248 | 1,124 | 1,038 | 519 |
| **2** | 36,482 | 3,041 | 1,521 | 1,404 | 702 |
| **3** | 45,991 | 3,833 | 1,917 | 1,769 | 885 |
| **4** | 55,500 | 4,625 | 2,313 | 2,135 | 1,068 |
| **5** | 65,009 | 5,418 | 2,709 | 2,501 | 1,251 |
| **6** | 74,518 | 6,210 | 3,105 | 2,867 | 1,434 |
| **7** | 84,027 | 7,003 | 3,502 | 3,232 | 1,616 |
| **8** | 93,536 | 7,795 | 3,898 | 3,598 | 1,799 |
| Cada miembro adicional de la familia | +9,509 | +793 | +397 | +366 | +183 |

**No discriminación:**

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.