|  |  |
| --- | --- |
| Estimado padre/tutor de: |  |
|  | *Nombres de los menores y las escuelas* |
| A partir de esta fecha,**[insert date]**, su solicitud para que su hijo reciba leche gratuita ha sido:  |
| 🞎 | **APROBADA** para leche gratuita. |
| 🞎 | **Nota:** Si se aprueban el leche gratuita, conserve esta copia para sus registros, la cual podrá usarse como comprobante de esta elegibilidad para otros programas. |
| 🞎 | **DENEGADA** debido a los siguientes motivos: |  |
|  | 1. Su ingreso es superior a las pautas de ingresos que califican. El precio de un leche pago es de $ **[insert price of paid milk]**.
 |
|  | 1. Necesitamos más información. ***Proporcione:***
 |
|  | * Comprobante del DSS de un número de caso de identificación de cliente del Programa de Asistencia Temporal Familiar (TFA) o del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). *(No una copia de la tarjeta CONNECT).*
* Ingreso.
* Clarificación sobre la frecuencia del ingreso.
* Últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marque la casilla “No tiene número de seguro social”.
* Cantidad total de miembros de la familia o del grupo familiar.
* Nombre de **todos** los miembros del grupo familiar.
* Firma original.
 |
|  | * Otros:
 |  |

Recuerde que la determinación de su elegibilidad para recibir leche gratuita es válida para todo el año escolar, a menos que, durante el año escolar, sea seleccionado para una verificación y la determinación de la verificación no respalde su nivel de beneficio actual.

Si se le denegaron los beneficios, y su ingreso o el tamaño de su familia cambia, puede solicitar nuevamente leche gratuita en cualquier momento durante el año escolar.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede analizarlo con la escuela. Puede apelar la decisión llamando o escribiendo a **[insert name and title of hearing official], [insert address city, state, and zip code], [insert telephone number], [insert e-mail address].**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del funcionario determinante: |  |
| Fecha: |  |

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.