**DEBEMOS REVISAR SU SOLICITUD-SOLO PARA VERIFICACIÓN**

**(WE MUST CHECK YOUR APPLICATION-FOR VERIFICATION ONLY)**

Estimada familia de **[Household Adult(s)]**: Fecha: **[Month/Day/Year]**

Su solicitud fue aprobada y **[student names]** actualmente está/están recibiendo beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido. Sin embargo, hay un último paso que debe dar. Cada año, seleccionamos diferentes solicitudes de comidas para confirmar la elegibilidad. Este año, su solicitud fue elegida.

Para confirmar la elegibilidad, proporcione copias de los documentos solicitados según los requisitos cumplidos por su(s) hijo/hijos (ver a continuación). Envíe copias de los documentos, no los originales.

**Envíe la información a: [name of Verifying Official] antes del [insert due date].**

**Envíe esta información a través de UNO de los siguientes métodos:**

* Saque fotografías de los documentos solicitados con su teléfono/cámara y envíelas por correo electrónico a [e-mail address]. Incluya una imagen de esta página.
* O, envíe los documentos por correo postal junto con esta página a [school address]. Si es posible, envíe copias, no los documentos originales.
* O, acuda en persona a la oficina ubicada en [school address] para dejar las copias de los documentos. Traiga esta carta con usted.

**Si no proporciona la información solicitada o proporciona información incompleta, esposible que su child(s) ya no sea elegible para el estado de comida gratuita o a precio reducido.**

**DOCUMENTOS SOLICITADOS:**

1. **Si recibía beneficios de FoodShare, beneficios en efectivo de Wisconsin Works (W-2) o del programa Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDPIR) cuando presentó la solicitud para las comidas sin costo o de precio reducido, o en cualquier momento desde entonces, haga lo siguiente:**

Proporcione una copia de su Aviso de Certificación de FoodShare o de los beneficios en efectivo de W-2 o de FDPIR que muestre las fechas de certificación, o una carta de la oficina de FoodShare o de los beneficios en efectivo de W-2 o de FDPIR que muestre las fechas de certificación. No envíe su tarjeta EBT (QUEST).

1. **Si recibe esta carta para un NIÑO SIN hogar, que es migrante o que se ha escapado, o UN niño que está inscrito en Head Start**, comuníquese con [school, homeless liaison, or migrant coordinator] para recibir AYUDA.
2. **Si es un Niño Adoptivo, haga lo siguiente:**

Proporcione los documentos escritos que verifiquen que el niño es responsabilidad legal de la agencia o del tribunal o proporcione el nombre y la información de contacto de una persona en la agencia o tribunal que pueda verificar que es un niño adoptivo.

1. **Si ninguna persona de su hogar recibe FOODSHARE o BENEFICIOS EN EFECTIVO DE W-2 o FDPIR Y REUNIÓ LOS REQUISITOS DEBIDO A LOS INGRESOS DEL HOGAR, haga lo siguiente:**

Proporcione los documentos que muestren la cantidad de dinero que recibe su hogar de cada una de las fuentes de ingresos. Proporcione copias de los documentos originales.   
Los documentos que envíe deben tener el nombre de la persona que recibió el ingreso, la fecha, la cantidad de dinero y la frecuencia con la que se recibió.

*Los documentos que se aceptan son los siguientes:*

* ***Empleos:*** recibo de sueldo o documentos que muestren la cantidad de dinero y la frecuencia con la que se recibe el pago; carta del empleador que indique el salario bruto y la frecuencia con la que se le paga. Si es empleado autónomo, proporcione copias de documentos tales como un libro de contabilidad, libro fiscal o formulario de impuestos 1040 (es decir, Anexo C o Anexo F).
* ***Seguridad social, pensiones o jubilación****:* carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, declaración de beneficios recibidos, o aviso de adjudicación de pensión. O, puede enviar la página de "Declaración de la Seguridad Social o seguridad de ingreso suplementario", completada por un funcionario.
* ***Desempleo, discapacidad o compensación laboral****:* aviso de elegibilidad de la Oficina Estatal de Seguridad de Empleo, recibo de sueldo o carta de la oficina de compensación laboral.
* ***Pensión alimentaria del niño o del cónyuge divorciado****:* resolución judicial, acuerdo o copias de los cheques o estado de cuenta bancario que muestre la cantidad recibida.
* ***Otro ingreso (como ingreso de rentas)****:* información que muestre la cantidad de ingreso recibido, el nombre de la persona que lo recibió, la frecuencia con la que se reciba y la fecha.
* ***Sin ingresos****:* una nota breve donde se explique cómo se cubren los gastos del hogar (alimentos, ropa y vivienda, etc.) y cuándo espera recibir un ingreso.
* ***Iniciativa de privatización de viviendas militares:*** carta o contrato de alquiler que muestre que su casa es parte de la Military Privatized Housing Initiative (iniciativa de privatización de viviendas militares).

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a **[name]** al **[phone number]**. Esta llamada es gratuita**. [Toll free or reverse charge explanation]**. **You may also e-mail us at [e-mail address].**

Atentamente,

**[Signature]**

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*.*