MODELO DEL FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN
Insertar el nombre, dirección de la escuela aquí

Fecha:_____

Estimado/a_____ :

Su/s hijo/s _____
_____
_____
_____
_____

ha/n sido:

____ Aprobados para recibir las viandas gratuitas ya que

( ) el ingreso de su grupo familiar se encontró dentro de los límites de elegibilidad
( ) el niño mencionado anteriormente es un niño en adopción temporal
( ) uno o más de sus hijos están inscritos en el FIP o Food Assistance
( ) su/s hijo/s no tiene/n techo, son migrantes o han escapado de su hogar
( ) su hijo está inscrito en Head Start

____ Aprobados para recibir las viandas gratuitas ya que uno o más de sus hijos fueron certificados directa y automáticamente.

La ley federal nos permite recibir información acerca de la participación de su familia en los programas FIP o Food Assistance para determinar la elegibilidad para recibir viandas gratuitas. No se ha compartido demás información acerca de su familia. **Su/s hijo/s en la lista recibirán los beneficios de viandas gratuitas automáticamente. No debe hacer nada más.** Si usted **NO** desea que su/s hijo/s reciba/n estos beneficios automáticos de viandas gratuitas, debe notificárnoslo. Complete la información en el otro lado de este formulario y devuelva este formulario a la escuela dentro de diez días calendario de la fecha de la carta si usted NO desea que su hijo reciba las viandas gratuitas.

____ Aprobados para recibir las viandas a precio reducido

____ Denegados ya que

( ) su ingreso está por encima del monto permitido
( ) su solicitud estaba incompleta ya que _____.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, puede conversarlo con la escuela. Si desea revisar nuevamente esta decisión, usted tiene derecho a una audiencia justa. La misma se puede realizar si llama o escribe al funcionario que figura a continuación:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO_____

Usted puede solicitar nuevamente los beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible en este momento pero luego disminuyen los ingresos de su grupo familiar, se encuentra desempleado o disminuye el tamaño de su familia, complete la solicitud en ese momento.

Usted puede ser elegible para Food Assistance. Food Assistance, conocido también como Food Stamps, es un programa para ayudarle a comprar alimentos para tener buena salud. Si desea recibir información o realizar la solicitud, llame al 1-877-347-5678. Visite www.yesfood.iowa.gov para realizar la solicitud en línea.

Si tiene consultas o si uno o más de sus hijos no se encuentran en la lista en la portada, COMUNÍQUESE CON LA ESCUELA DE SU HIJO.

RECHAZO A LOS BENEFICIOS DE VIANDAS GRATUITAS BASADO EN LA CERTIFICACIÓN DIRECTA

NO deseo que mi/s hijo/s reciba/n los beneficios de viandas gratuitas.

Nombre del Niño: _____ Escuela:_____

Nombre del Niño: _____ Escuela:_____

Nombre del Niño: _____ Escuela:_____

Nombre del Padre/Tutor (Impreso)_____

Firma_____ Fecha_____

NO COMPLETE ESTA CASILLA SI USTED DESEA QUE SU HIJO RECIBA LAS VIANDAS GRATUITAS

hawk-i /Formulario de Información de Medicaid

Lea esta información. Firme a continuación y devuélvalo a la escuela **si usted decide que no desea que su nombre se revele a *hawk-i*** o Medicaid.

Si sus hijos no tienen seguro médico, le interesará saber que muchas de las familias que reciben viandas gratuitas o a precio reducido también pueden adquirir un seguro médico gratuito o a bajo costo para sus hijos.

En la actualidad, la ley requiere que las escuelas compartan su información de elegibilidad para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido con Medicaid y ***hawk-i***, el programa estatal de seguro médico para niños. Le proporcionaremos específicamente el nombre de su hijo y su nombre y dirección. Medicaid y ***hawk-i*** pueden usar esta información solamente para identificar los niños que pueden ser elegibles para recibir un seguro médico gratuito o a bajo costo y luego para comunicarse con usted. No se le permite usar la información de su solicitud de viandas gratuitas o a precio reducido para cualquier otro propósito.

No se necesita que usted nos permita compartir la información de su solicitud de viandas gratuitas o a precio reducido para sus hijos con Medicaid o con el programa ***hawk-i***. No afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir las viandas gratuitas o a precio reducido. Si usted **NO** desea que se comparta su información con Medicaid o ***hawk-i***, debe informárnoslo; para esto, complete la información a continuación y devuelva esta carta al distrito escolar dentro de los 10 días de la fecha de la carta de notificación de los beneficios de viandas gratuitas. Si desea recibir más información, puede llamar a ***hawk-i*** al 1-800-257-8563.

NO deseo atención para mi hijo/patrocinador en la escuela/hogar o que los funcionarios del centro Head Start compartan información de la solicitud de viandas gratuitas o a precio reducido con Medicaid o ***hawk-i***. Además, si usted ya recibe Medicaid o ***hawk-i***, por favor firme a continuación. Esto evitará que nos comuniquemos nuevamente.

Nombre del Niño: _____ Escuela/Guardería/Centro de Head Start:_____

Nombre del Niño: _____ Escuela/Guardería/Centro de Head Start:_____

Nombre del Niño: _____ Escuela/Guardería/Centro de Head Start:_____

Nombre del Padre/Tutor (Impreso)_____Firma_____Fecha_____

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que lo han tratado injustamente. "Conforme a la ley Federal y a la política del U.S. Department of Agriculture, se prohíbe a esta institución discriminar en base a la raza, color, origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a *USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al número gratuito (866) 632-9992 (Voice). Los individuos deficiencias auditivas y con dificultades del habla pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor y empleador de servicios con igualdad de oportunidades".*

Aviso de No Discriminación de Iowa:"La política de este proveedor de CNP es no discriminar en base a la raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen, discapacidad o religión en las prácticas de estos programas, actividades o empleos como lo especifica la sección 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene consultas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte del Proveedor de CNP, comuníquese con la Iowa Civil Rights Commission, Grimes State Office Building, 400 E. 14th St., Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio Web: http://www.state.ia.us/government/crc/index.html."