

FORMULARIO MODELO DE NOTIFICACIÓN
Inserte aquí el nombre de la escuela y la dirección

Fecha: _____

Estimado/a _____:

Sus hijos _____

han sido:

___ **Aprobados para recibir las comidas gratuitas dado que**

- su ingreso familiar se encontraba dentro de los límites de elegibilidad
- el niño que se indica arriba es un niño adoptivo
- uno o más de sus hijos están inscritos en FIP o Asistencia Alimentaria
- su(s) hijo(s) son niños sin hogar, migrantes o que escaparon del hogar
- su hijo está inscrito en Head Start
- su hijo vive en una familia en la que un miembro recibe los beneficios de Asistencia Alimentaria o FIP y el USDA permite que se provean dichos beneficios a su hijo

___ **Aprobados para recibir las comidas gratuitas dado que uno o más de sus hijos recibieron la certificación automática directamente.**

Las leyes federales nos permiten recibir la información sobre la participación de su familia en los programas de Asistencia Alimentaria o FIP para determinar la elegibilidad para las comidas gratuitas. No se ha compartido ninguna otra información sobre su familia. **Su hijo indicado arriba recibirá los beneficios de las comidas gratuitas automáticamente. No tiene que hacer nada más.** Si usted **NO** desea que su hijo reciba los beneficios de las comidas gratuitas automáticamente, debe informarnos esto. Complete la información en el otro lado del formulario y regrese este formulario a la escuela dentro de diez días calendario a partir de la fecha de esta carta si usted **NO** desea que su hijo reciba las comidas gratuitas.

___ **Aprobados para las comidas de precio reducido (\$ ____ para almuerzo, \$ ____ para desayuno y \$ ____ para meriendas)**

___ **Rechazados dado que**

- su ingreso supera el monto permitido
- su solicitud estaba incompleta porque _____.

Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede debatirlo con la escuela. Si desea volver a revisar la decisión, usted tiene derecho a una audiencia justa. Para esto, llame o escriba al funcionario que se indica a continuación:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

Puede volver a solicitar los beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora pero su ingreso familiar disminuye, se queda sin empleo o aumenta el tamaño de su familia, complete una solicitud en ese momento.

Usted puede ser elegible para la Asistencia Alimentaria. Asistencia Alimentaria, conocida también como Cupones para Alimentos, es un programa que lo ayuda a comprar alimentos para tener una vida saludable. Si desea obtener información o realizar la solicitud, llame al 1-877-347-5678. Visite www.yesfood.iowa.gov para realizar la solicitud en línea.

Si tiene preguntas o si uno o más de sus hijos no están presentes. COMUNÍQUESE CON LA ESCUELA DE SU HIJO.

RECHAZO DE LOS BENEFICIOS DE COMIDAS GRATUITAS EN BASE A LA CERTIFICACIÓN DIRECTA. Regrese este formulario a su escuela si completa esta sección para rechazar los beneficios de las comidas gratuitas.

NO DESEO que mis hijos reciban los beneficios de las comidas gratuitas.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del padre/tutor (Imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____

NO COMPLETE ESTA CASILLA SI DESEA QUE SU HIJO RECIBA LAS COMIDAS GRATUITAS EN

Formulario de Información de *hawk-i*/Medicaid

Lea esta información. Firme a continuación y regréselo a la escuela **si decide que no desea** que se revele su nombre a ***hawk-i*** o Medicaid. Si sus hijos no tienen seguro médico, estará interesado en saber que muchas familias que reciben comidas gratuitas o de precio reducido también pueden obtener seguro médico gratuito o a bajo costo para sus hijos.

La ley exige ahora que las escuelas compartan la información de elegibilidad de comidas gratuitas o de precio reducido con Medicaid y ***hawk-i***, el programa de seguro médico estatal para los niños. Específicamente, les proporcionaremos el nombre de su hijo y su nombre y dirección. Medicaid y ***hawk-i*** pueden usar la información solamente para identificar a los niños que pueden ser elegibles para el seguro médico gratuito o a bajo costo y luego comunicarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratuitas o de precio reducido para ningún otro propósito.

No es necesario que usted nos permita compartir la información de la solicitud de sus hijos para comidas gratuitas o de precio reducido con Medicaid o el programa ***hawk-i***. No afectará la elegibilidad de sus hijos para las comidas gratuitas o de precio reducido. Si usted **NO** desea que su información se comparta con Medicaid o ***hawk-i***, debe informarnos esto, completar la información a continuación y regresar esta carta al distrito escolar dentro de 10 días calendario a partir de la fecha que figura en la carta de notificación de los beneficios de comidas gratuitas. Si desea obtener más información, puede llamar a ***hawk-i*** al 1-800-257-8563.

NO deseo que los funcionarios del hogar/escuela patrocinador/centro de cuidado infantil o Head Start comparta la información de mi solicitud de comidas gratuitas o de precio reducido con Medicaid o ***hawk-i***. Además, si usted ya recibe Medicaid o ***hawk-i***, firma a continuación.

Nombre del niño: _____ Escuela/Cuidado infantil/Centro de Head Start: _____

Nombre del niño: _____ Escuela/Cuidado infantil/Centro de Head Start: _____

Nombre del niño: _____ Escuela/Cuidado infantil/Centro de Head Start: _____

Nombre del padre/tutor (Imprenta) _____ Firma _____ Fecha _____

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué debe hacer si cree que lo han tratado injustamente. "El Departamento de Agricultura de EE. UU. prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento (no todos los motivos prohibidos aplican para todos los programas y/o actividades de empleo). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA que se encuentra en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Además, puede escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en el formulario. Envíenos su formulario de queja completado o carta por correo al U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o correo electrónico al program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (en español). USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades".

Aviso de No Discriminación de Iowa: "Es política de este proveedor de CNP no discriminar en base a la raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, discapacidad o religión en sus programas, actividades o prácticas de empleo según lo exigen la sección 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene preguntas o reclamos relacionados con el acatamiento de esta política por el Proveedor de CNP, comuníquese con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, Grimes State Office Building, 400 E. 14th St., Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio Web: <https://icrc.iowa.gov/>".