

# Distrito Escolar del Condado de Morrow

Sirviendo a las Familias de Boardman, Heppner, E Irrigon del Nordeste de Oregon

P.O. Box 100  
Heppner, OR 97836

**Dirk Dirksen**   **Erin Stocker**   **Erika Patton**   **Marie Shimer**  
Superintendent   Recursos Humanos   Gerente de Negocios   Servicios Educativos



<http://www.morrow.k12.or.us>  
Numero de Teléfono:  
541-676-9128  
Fax: 541-676-5742

Estimados Padres y Tutores:

*Los niños necesitan comidas saludables para aprender. El Distrito Escolar del Condado de Morrow ofrece comidas saludables a los estudiantes todos los días escolares. El desayuno alimentario cuesta \$1.00, el almuerzo: \$2.55; desayuno secundario: \$1.25 almuerzo: \$2.80. Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas o comidas a precio reducido. Los almuerzos y desayunos a precio reducidos son gratuitos. **TODOS LOS ESTUDIANTES EN las Escuelas Primarias: Sam Boardman, Windy River, AC Houghton, Escuela Primaria de Irrigon, y el Centro Educativo de Morrow recibirán comidas gratis durante el año escolar 2018-2019 debido a la calificación del programa CEP (Community Eligibility Provision).***

1. **¿Debo completar una solicitud si este año recibí una carta diciendo que mis hijos están aprobados para recibir comida gratis?** Por favor, lea la carta que recibió cuidadosamente y siga las instrucciones. **Si su hijo(s) fue(on) aprobado(s) durante el año escolar 2017-18, DEBE volver a presentar una solicitud antes del 10/16/2018.** Llame a la Señora Kim Putman, 541-676-9128 Option 4. si tiene preguntas.
2. **¿Debo completar una solicitud para cada niño?** No. Use una solicitud de Comida Escolar Gratuita o a Precio Reducido para todos los estudiantes del hogar. No podemos aprobar una solicitud que no está completa, así que asegúrese de completar toda la información requerida. **Devuelva la aplicación completa a: Windy River Elementary, Attn: Nutrition Services, 500 Tatone St., Boardman, Or 97818.**
3. **¿Quién puede recibir comidas gratis?** Niños en hogares que reciban el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) beneficios, TANF o FDIPIR Pueden recibir comidas gratuitas independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comida gratis si el ingreso de su hogar está dentro de los límites libres en la Pautas Federales de ingresos. **Si tiene una carta de beneficios del DHS o una carta del Programa de Distribución de Alimentos, por favor proporcione una copia a los Servicios De Nutrición.**
4. **¿Pueden los niños de crianza obtener comidas gratis?** Si, Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal pueden recibir comidas gratuitas. Cualquier niño de crianza en el hogar puede obtener comida gratis independientemente de los ingresos. **Si tiene una carta de notificación de Wardship del DHS, proporcione una copia a los Servicios de Nutrición.**
5. **¿Pueden los niños sin hogar, fugados migrantes recibir comida gratis?** Por favor llame a la Señora Marie Shimer, 541-922-4016, Ext. 2370 para ver si su(s) hijo(s) califica(n), si no se le ha informado que recibirán comidas gratis.
6. **¿Quién puede recibir comidas a precio reducido?** Sus hijos pueden recibir comida a bajo costo si el ingreso de su hogar está dentro de los límites de precios reducidos en la Tabla de Ingresos Federales.
7. **Si mi hijo es elegible para recibir beneficios de comida gratis o a precio reducido, ¿Cuándo comenzaran los beneficios de comida?** Los beneficios de comida para nuevas aplicaciones no pueden comenzar hasta que se apruebe una solicitud. Proporcione un almuerzo o dinero para un almuerzo pagado hasta que reciba un aviso de que la solicitud fue aprobada.
8. **Recibo WIC. ¿Pueden mis hijos recibir comida gratis?** Esto solo puede determinarse completando y enviando la solicitud adjunta de beneficios de comida. Por favor llene una solicitud.
9. **¿Se verificará la información que doy?** Si, también podemos pedirle que envíe un comprobante por escrito de los ingresos del hogar.
10. **Si no califico ahora, ¿Puedo solicitar más tarde?** Si, puede presentar su solicitud en cualquier momento durante el año escolar.
11. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Debe de hablar con un funcionario de la escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a el Señor Dirk Dirksen, 541-676-9128 Ext. 2012.
12. **¿Puedo presentar una solicitud si alguien de mi hogar no es ciudadano de los EE. UU?** Si. Usted o su(s) hijo(s) no tienen que ser ciudadanos de los EE. UU. Para reunir los requisitos para recibir comidas gratuitas o de precio reducido. La información proporcionada por el hogar no se utilizará para fines relacionados con inmigración.
13. **¿A quién debería de incluir como miembros de mi hogar?** Debe incluir a todas las personas que viven en su hogar, relacionadas o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Debe incluirse usted y a todos los niños que viven con usted. Los niños de crianza pueden ser incluidos como miembros del hogar. Si vive con otras personas que son económicamente independientes ( por ejemplo, personas que no apoyan, que no comparten ingresos con usted o sus hijos que pagan una parte prorrateada de los gastos), no las incluya.
14. **¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre el mismo?** Haga una lista de la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente recibe \$1000 por mes, pero se perdió algo de trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que recibió \$1000 por mes. Si normalmente gana tiempo extra, inclúyalo, pero no si lo obtiene solo algunas veces.
15. **Estamos en el ejército; ¿Incluimos nuestro subsidio de vivienda?** Si obtiene un subsidio de vivienda fuera de la base, debe contabilizarse como ingreso. Sin embargo, si la vivienda es parte de la iniciativa Privatización de Viviendas para militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso.

16. **Mi cónyuge está desplegado en una zona de combate. ¿El pago de combate se cuenta cómo ingresos?** La paga de combate se excluye si se recibe además de la paga básica del miembro del servicio; debido a la implementación; y no recibió antes de ser desplegado.
17. **Mi Familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas que podríamos solicitar?** Para saber cómo solicitar el [State SNAP] u otros beneficios de asistencia, comuníquese con oficina de asistencia local o llame al 2-1-1- o 1-800-SAFENET (723-3638). Para asistencia alimentaria llame al 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY). En el horario de verano, envíe un mensaje de texto con "FOOD" al 877877 o visite [www.Summerfoodoregon.org](http://www.Summerfoodoregon.org) para obtener opciones gratuitas de comidas de verano en su área. Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **541-676-9128 Option 4**. Atentamente la Señora **Kim Putman**

#### INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR BENEFICIOS

**Para beneficios de SNAP (Programa de Asistencia de Suplementaria) U hogares con TANF, haga lo siguiente:**

**Parte 1:** Complete la información de las personas que viven en su hogar

**Parte 2:** Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporaria en la familia.

**Parte 3:** Dé el nombre de la persona en el hogar que tiene beneficios y su número de caso beneficios (SNAP) (A11-11-1111) o TANF (AA1111 o AAA111).

**Parte 4:** Saltee esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Si está haciendo una solicitud para un NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA, siga estas instrucciones:**

**Use una solicitud separada para cada niño bajo tutela temporaria**

**Parte 1:** Complete la información de las personas que viven en su hogar.

**Parte 2:** Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporaria en la familia.

**Parte 3:** Saltee esta parte

**Parte 4:** Saltee esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si lo desea.

Q Complete una solicitud del hogar para todo el hogar, incluido el niño bajo tutela temporaria, siguiendo las instrucciones para "Todos los otros hogares"

**ODAS LOS OTROS HOGARES, incluidos aquellos que reciben WIC, sigan estas instrucciones:**

**Parte 1:** Complete la información de las personas que viven en su hogar.

**Parte 2:** Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque si es un niño bajo tutela temporaria.

**Parte 3:** Saltee esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar del mes pasado.

**Columna 1 – Nombre:** Liste el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar, emparentada o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Inclúyase a sí mismo, a los niños que viven con usted pero que no asisten a la escuela y a los niños que están en la escuela que reciben un ingreso regular. No vuelva a listar a los niños que ya figuran en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. Adjunte otra hoja si es necesario.

**Columna 2 – Ingreso bruto mensual** Al lado del nombre de cada persona, liste cada tipo de ingreso recibido el mes pasado. Por ejemplo, *Ingreso Mensual* Liste el **ingreso bruto** que ganó cada persona en el trabajo. Esto no es lo mismo que la paga que se lleva a la casa. **El ingreso bruto es la cifra ganada antes de impuestos y otras deducciones.** La cifra debe estar listada en su talón de pago o se la puede decir su jefe. Si su ingreso se paga semanalmente, cada 2 semanas o dos veces al mes, siga las instrucciones al dorso de la solicitud. **Columna 3 –** Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de asistencia social, manutención infantil y pensión alimenticia.

**Columna 4 –** Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de pensiones, retiro y Seguro Social. **Columna 5 -** Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de compensación laboral, seguro de desempleo, beneficios de huelga, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (Beneficios VA), beneficios por discapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa y CUALQUIER OTRO INGRESO.

Informe el ingreso neto de negocios o granjas propios o ingresos por renta. Al lado de la cifra, escriba la frecuencia con que la persona obtuvo ese ingreso. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de Vivienda no incluya este complemento para vivienda.

**Parte 5:** Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y listar los últimos cuatro (4) números de su Número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Distrito Escolar del Condado de Morrow**  
**COMPARTIENDO INFORMACIÓN DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO**  
**REDUCIDO CON OTROS PROGRAMAS**

Estimado Padre / Tutor:

La información que proporciona en la Solicitud Confidencial para Comidas Gratuitas o a Precio Reducido es usada solamente para determinar la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para comidas Gratuitas o a Precio Reducido. **También se puede usar la información para determinar la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para recibir beneficios para otros programas. Para los siguientes programas debemos tener su permiso con el fin de compartir su información.**

El envío de este formulario no modificará si su(s) estudiante(s) reciba(n) comidas gratuitas o a precio reducido.

La firma de esta dispensa **NO ES UN REQUISITO** para la participación en cualquier programa de nutrición escolar.

**¡No! NO** deseo que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido sea compartida con ninguno de los programas listados a continuación.

**Si marcó "No", deténgase aquí. No tiene que completar o enviar este formulario. Su información no será compartida.**

**¡Sí! SÍ** deseo que las autoridades escolares compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido con: (Marque cada programa al que desea que la información le sea divulgada).

**Departamento de Servicios Humanos (DHS)**

**Programa de Mochilas de Comida**

**Otro, Sea específico y escriba en \_\_\_\_\_**

**Si marcó cualquiera o todos los programas listados arriba, llene el formulario a continuación. Comprendo que estoy divulgando información (nombre del estudiante, estado de F/R y/o información de contacto) solamente a los programas que he marcado. Certifico que soy el padre/tutor legal del (de los) niño(s) para el(los) cual(es) se hace esta solicitud.**

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Para obtener más información, llame a la Señora Kim Putman at 541-481-2526 Option 4.  
Devuelva este formulario a: Windy River Elementary, Nutrition Services, 500 Tatone St., Boardman, Or 97818

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Application # \_\_\_\_\_

SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2018-2019 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO  
Distrito Escolar de Morrow

Return to: Windy River Elementary, Nutrition Services, 500 Tatone St., Boardman, Or 97818

**AVISO:**

- Si ha recibido una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** complete esta solicitud.
  - Vea las **Instrucciones para completar la solicitud** al dorso de este formulario.
- \* = *Requerido Todas las aplicaciones*; \*\* = *Requerido para aplicaciones de ingresos*; \*\*\* = *Requerido para aplicaciones SNAP*

**1 INFORMACIÓN DEL HOGAR\*** Nombre de la persona que completa esta solicitud (**Apellido, Primer nombre**)

Nombre Escriba \_\_\_\_\_

Dirección postal – Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

➔ Número de integrantes del hogar \_\_\_\_\_  
(Escriba los nombres de **todos** los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)

**2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES\***

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	Comprobar si los niños de crianza temporal
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 BENEFICIOS** Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF\*\*\*, dé el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre \*\*\* \_\_\_\_\_  SNAP Número de caso\*\*\* \_\_\_\_\_  
 TANF \_\_\_\_\_ Siga abajo en la Parte 5

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas)  Sí

**4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL BRUTO\*\* – si no es mensual, vea las conversiones al dorso**

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6
Liste <b>todos</b> los miembros del hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes listados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, Primer nombre)	Ingreso mensual (Ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Manutención infantil, Asistencia social, Pensión alimenticia Recibidas por mes	Mensual pensiones, Retiro del Seguro Social por mes	Otro Ingreso mensual – Incluido Seguro de desempleo Y Compensación laboral	Marque si no hay ingreso
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 FIRMA, FECHA Y últimos cuatro números del NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Un adulto debe firmar)**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he informado todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si doy información deliberadamente falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se me puede procesar.

Firma de un miembro adulto del hogar\* \_\_\_\_\_ Firmado en\* \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \*\* \_\_\_\_\_  
 X \_\_\_\_\_ Mes/día/año XXX-XX-\_\_\_\_\_  
 No tengo número de Seguro Social\*\*

**6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)**

Marque una identidad étnica:  Hispano o latino  No hispano ni latino

Marque una o más identidades raciales:  Asiático  Indio americano y nativo de Alaska  Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

Negro o afroamericano  Blanco, no de origen hispano  Otra

Prefiero recibir toda la correspondencia en  Español  Ruso  Otro \_\_\_\_\_

**7 No deseo que mi información se comparta con el programa de seguro de salud de niños del Estado** Firme aquí: \_\_\_\_\_

Tengo un hijo (o hijos) que no tienen ningún tipo de cobertura de salud – ni de seguro de salud privado ni de Oregon Health Plan / Healthy Kids. Estoy interesado en libre o reducción del coste de la cobertura de salud para al menos uno de mis hijos.  Sí  No

**SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

Total Income: \_\_\_\_\_ Number in household: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Free based on:  Denied – Reason:

SNAP/TANF/FDPIR  Reduced based on:  income too high

Foster child categorical  household income  incomplete application

household income

Determining Official's Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** se encuentra por debajo de las pautas, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales. Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

### CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Parte 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, retiros, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:  
**Miembros del hogar que cobran cada semana:** Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas:** Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que son trabajadores de temporada o que trabajan menos de 12 meses:** Proyecte el porcentaje de ingreso anual de ingreso para representar correctamente las circunstancias presentes y luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual proyectado.

*Nota:* El dinero que recibe de un negocio o una granja que es de su propiedad se debe informar como "ingreso neto". *El ingreso neto se define como el ingreso total que queda después de substraer los gastos para operar el negocio o la granja de los recibos brutos.*

### PAUTAS FEDERALES PARA INGRESO

Sus hijos pueden calificar al menos para comidas a precio reducido si el ingreso de su hogar cae dentro de los límites de esta tabla.

#### Comidas a precio reducido

Tamaño del hogar	Anual	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
-1-	22,459	1,872	936	864	432
-2-	30,451	2,538	1,269	1,172	586
-3-	38,443	3,204	1,602	1,479	740
-4-	46,435	3,870	1,935	1,786	893
-5-	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
-6-	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
-7-	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
-8-	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
Para cada miembro adicional de la familia añadir	7,992	666	333	308	154

### DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. **Podemos compartir su información de elegibilidad** con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas. Podemos compartir la información de este formulario con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños del Estado (SCHIP), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, se utilizará para identificar niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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; (2) fax: (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.