TENEMOS QUE REVISAR SU SOLICITUD

Usted debe enviar la información que necesitamos o comunicarse con [name] antes de [date], o sus hijos dejarán de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Estamos verificando su solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido. Regulaciones Federales requieren que nosotros hagamos esto para asegurarnos que solamente los niños elegibles obtienen comidas gratis o a precio reducido. Usted tiene que enviarnos información que pruebe que **[names of children]** son elegibles. Si es posible, envíe copias y no documentos originales. Si usted envía documentos originales solo serán devueltos si usted nos lo pide.

SAMPLE ONLY
Updated forms can be found on the ADE website:
www.ade.az.gov/health-safety/cnp/nslp/

1. Si usted estaba recibiendo Cupones para Alimentos o Beneficios en Efectivo (Cash Assitance) o FDPIR cuando solicitó para comidas gratis o a precio reducido o ha recibido éstos desde entonces, envíenos una copia de lo siguiente:

- Certificación que muestre la fecha de elegibilidad para Cupones para Alimentos o CA o FDPIR.
- Carta de la oficina de Cupones para Alimentos o la oficina de Bienestar Social que indique que usted ha recibido Cupones para Alimentos o CA o FDPIR.
- **No envíe su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés).**

2. Si usted recibe esta carta para un niño sin hogar, un niño que ha abandonado su hogar o un emigrante, por favor comuníquese con [name, homeless liaison, or migrant coordinator] para pedir ayuda.

3. Si el niño es un hijo de crianza,
Envíenos documentación oficial de la agencia que está patrocinando al niño.

4. Si usted no recibe Cupones para Alimentos o CA o FDPIR, por favor siga estas instrucciones:

A. Anote el nombre y el número de Seguro Social de las personas que vive en su hogar.

Nombre	Número de Seguro Social (Vea el Acta de Privacidad, página 2)	No tiene Seguro Social
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	❑
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	❑
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	❑
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	❑
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	❑
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	❑
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	❑
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	❑

B. Envíe esta página adjunto a los documentos que muestran la cantidad de dinero que su hogar recibe de cada fuente de ingreso.

Los documentos que usted envíe deben mostrar el nombre de la persona que recibió el ingreso, la fecha en que lo recibió y cuanto y cuan frecuentemente lo recibió. **Envíe la información a: [address].**

<u>Entre los documentos que son aceptados están:</u>
Trabajos: Talonario de cheques o sobre de pago mostrando cuantas veces se recibe pago; carta del patrono declarando salario actual y con cuanta frecuencia se recibe; o documentos de negocios o agrícolas, tales como el libro mayor de contabilidad o libros de impuestos.
Seguro Social, Pensiones, o Pensión de Jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, carta de beneficios recibidos o carta de la concesión de retiro.
Desempleo, Incapacidad, o Compensación Laboral: Carta de elegibilidad de la oficina de Empleo del Estado, talonario de cheque o carta de beneficios de compensación laboral.
Pagos de Beneficio Social: Carta de Beneficios de una agencia de bienestar social.
Sustento de Menores o Pensión de Divorcio: Decreto de la Corte, acuerdos o copias de cheques recibidos.
Otros ingresos (como ingresos por renta): Formato que muestre la cantidad de ingresos recibidos, con cuanta frecuencia y la fecha en que se recibió.
Ningún ingreso: Una nota breve explicando como usted provee comida, vestimenta y techo para su familia y cuando usted espera recibir ingreso.
Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares: Carta o contrato de renta que demuestre que su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares.

Periodo para someter documentos sobre ingresos: Por favor presente documentos que muestren su ingreso en el momento en que solicita los beneficios. Si usted no tiene los documentos puede someterlos en cualquier momento después de haber llenado la solicitud hasta el momento de la verificación.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor llame a **[number a telephone number**. La llamada es gratis **[Toll free or reverse charge explanation]**.

Sinceramente,

[signature]

SAMPLE ONLY
Updated forms can be found on the ADE website:
www.ade.az.gov/health-safety/cnp/nslp/

Declaración del Acta del Programa Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en estas solicitudes. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el Número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o si usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, Asistencia Temporera para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.