

**CARTA DE NOTIFICACIÓN AL PADRE/TUTOR • VERSIÓN 3**

**Elegibilidad establecida a precio reducido por medio de certificación directa en función de**

**BENEFICIOS DE MEDICAID – COMIDAS A PRECIO REDUCIDO**

*Utilice el membrete del distrito/escuela*

**[ingresar fecha]**

Estimado padre/tutor:

Queremos informarle que los menores mencionados a continuación recibirán comidas a precio reducido **[ingresar comida correspondiente, por ejemplo, almuerzos, desayunos]** en la escuela porque han recibido una certificación directa y reúnen automáticamente los requisitos para recibir comidas a precio reducido sin la necesidad de presentar otra solicitud. La certificación directa de Medicaid es el proceso mediante el cual se determina que los menores reúnen los requisitos para recibir comidas a precio reducido en función de los beneficios de Medicaid por medio del Departamento de Servicios Sociales de Connecticut.

Aunque sus niños son elegibles para comidas a precio reducido, su ingreso total basado en el número de familia puede cualificar sus niños para beneficios gratis. Puede que usted quiera completar y someter la aplicación adjunta. Por favor revise la tabla de ingresos de elegibilidad federal para comidas.

<b>Nombre del menor</b>	<b>Nombre de la escuela</b>

Si hay otros menores en su grupo familiar que no se mencionaron anteriormente, *también reúnen los requisitos para recibir comidas a precio reducido.*

Comuníquese con **[ingresar nombre]** al **[ingresar número de teléfono]** o **[ingresar correo electrónico]** si:

- Hay otros menores en su grupo familiar que no se mencionaron anteriormente y le gustaría que reciban comidas a precio reducido en la escuela.
- No desea que sus hijos reciban comidas a precio reducido.
- Tiene otras preguntas.

Atentamente,

**[ingresar nombre y cargo]**

## BENEFICIOS DE MEDICAID – COMIDAS A PRECIO REDUCIDO, continuación

Tablas de ingreso para programas de nutrición 2017-18											
COMIDAS GRATIS/LECHE						COMIDAS A PRECIO REDUCIDO					
Tamaño del grupo familiar	Ingreso bruto anual	Ingreso bruto mensual	Dos veces al mes	Ingreso bruto cada dos semanas	Ingreso bruto semanal	Tamaño del grupo familiar	Ingreso bruto anual	Ingreso bruto mensual	Dos veces al mes	Ingreso bruto cada dos semanas	Ingreso bruto semanal
1	15,678	1,307	654	603	302	1	22,311	1,860	930	859	430
2	21,112	1,760	880	812	406	2	30,044	2,504	1,252	1,156	578
3	26,546	2,213	1,107	1,021	511	3	37,777	3,149	1,575	1,453	727
4	31,980	2,665	1,333	1,230	615	4	45,510	3,793	1,897	1,751	876
5	37,414	3,118	1,559	1,439	720	5	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
6	42,848	3,571	1,786	1,648	824	6	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
7	48,282	4,024	2,012	1,857	929	7	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
8	53,716	4,477	2,239	2,066	1,033	8	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Cada persona adicional	+ 5,434	+ 453	+ 227	+ 209	+ 105	Cada persona adicional	+ 7,733	+ 645	+ 323	+ 298	+ 149

**Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), 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.*