Contents

[Letter to Household, Eligibility Based on Household Meal Application / Carta para el hogar, Elegibilidad basada en la solicitud de comidas para la familia 2](#_Toc139624180)

[Letter to Household, Directly Certified Free Eligibility for Individual Student(s) / Carta para el hogar, Elegibilidad directamente certificada para comidas gratis para estudiantes individuales 3](#_Toc139624181)

[Letter to Household, Directly Certified Free Eligibility for the Household / Carta para el hogar, Elegibilidad directamente certificada para comidas gratis para estudiantes de la familia 4](#_Toc139624182)

[Letter to Household, Directly Certified Reduced-Price Eligibility for the Household / Carta para el hogar, Elegibilidad directamente certificada de precio reducido para comidas estudiantes de la familia 5](#_Toc139624183)

[Letter to Household, Community Eligibility Provision (CEP) / Carta a los hogares, Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) 6](#_Toc139624184)

[Letter to Household, Special Assistance Provision 2 (P2), Base Year/ Carta a los hogares, Disposición de Asistencia Especial 2 —Año base 7](#_Toc139624185)

[Letter to Household, Special Assistance Provision 2 (P2), Non-Base Year/ Carta a los hogares, Disposición de Asistencia Especial 2 —Año 2 y años sucesivos 8](#_Toc139624186)

# Letter to Household, Eligibility Based on Household Meal Application /Carta para el hogar, Elegibilidad basada en la solicitud de comidas para la familia

*{insert contracting entity (CE) letterhead}*

*{insert date}*

Estimado *{insert parent or guardian name}*:

Hemos revisado su solicitud para comida escolar gratis o a precio reducido para el/los siguiente(s) estudiante(s):

*{insert student’s name}, {insert name of school}*

Su solicitud ha sido:

[ ]  Su solicitud ha sido:

[ ]  Aprobada para comidas a precio reducido para almuerzos a un costo de{insert the cost of lunch}; desayuno a un costo *{insert the cost of breakfast; if not charging for breakfast, insert $0.00}*; merienda para después de la escuela a un costo de {insert the cost of snack}.

[ ]  Negada por la(s) siguiente(s) razón(es):

[ ]  Su ingreso sobrepasa la cantidad permitida.

[ ]  Su solicitud está incompleta. Por favor complete los documentos adjuntos para proporcionar la información necesaria.

Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede consultarlo con *{insert name and phone number of the reviewing official and email address if appropriate}*. Usted también tiene derecho a una audiencia imparcial. Para solicitar una audiencia imparcial, llame o escriba al siguiente funcionario antes de 10 días calendario:

*{insert name and title of hearing official}*

*{insert address}*

*{insert telephone number}*

Usted puede solicitar de nuevo los beneficios de comida en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora, pero tiene una reducción en sus ingresos familiares, pierde su empleo, aumenta el número de personas que viven en su hogar o califica para el Programa de asistencia nutricional complementaria (SNAP), Programa de asistencia temporaria para las familias necesitadas (TANF) o Programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR), usted puede llenar otra solicitud en ese momento.

Atentamente,

*{insert signature of reviewing official}*

# Letter to Household, Directly Certified Free Eligibility for Individual Student(s) /Carta para el hogar, Elegibilidad directamente certificada para comidas gratis para estudiantes individuales

*{insert contracting entity (CE) letterhead}*

*{insert date}*

Estimado *{insert name of parent or guardian}*:

Nuestros registros indican que el(los) niños(s) mencionado(s) abajo, reside(n) en su hogar y es/son elegible(s) para recibir *{insert appropriate program meals: breakfast, lunch, and afterschool snack}* escolar gratisy recibirán automáticamente comidas gratis empezando inmediatamente.

*{insert student’s name}, {insert name of school}*

Por favor no llene ni envíe una solicitud de comidas para la familia para el/los estudiante(s) mencionado(s) arriba.

Sin embargo, si hay otro estudiante viviendo en su hogar y no está mencionado arriba, usted puede solicitar los beneficios de comidas gratis o a precio reducido para este estudiante al completar y enviar una solicitud de comidas para la familia. Si usted envía una solicitud para otro estudiante, deberá incluir el nombre de el(los) estudiante(s) mencionado(s) arriba en su solicitud de comidas para la familia para indicar el número total de personas que viven en su hogar. Sin embargo, la elegibilidad de estos estudiantes no estará basada en la solicitud de comidas para la familia.

El(los) estudiantes(s) mencionado(s) anteriormente puede(n) también ser elegibles para un seguro de salud infantil gratuito o de bajo costo. Para más información sobre el seguro de salud infantil de bajo costo, por favor llame gratuitamente al (877)782-6440.

Si usted no quiere los beneficios de comida para el(los) estudiantes(s) mencionado(s) anteriormente o si usted tiene preguntas sobre este programa, por favor contacte a:

*{insert name and title of person reviewing program eligibility}*

*{insert address}*

*{insert telephone number and email address if appropriate}*

Atentamente,

*{insert signature of reviewing official}*

# Letter to Household, Directly Certified Free Eligibility for the Household /Carta para el hogar, Elegibilidad directamente certificada para comidas gratis para estudiantes de la familia

*{insert contracting entity (CE) letterhead}*

*{insert date}*

Estimado *{insert name of parent or guardian}*:

Nuestros registros indican que el(los) estudiantes(s) mencionado(s) abajo vive(n) en su hogar y es/son elegible(s) para recibir *{insert breakfast or lunch meals and/or afterschool snack}* escolar gratisy recibirán automáticamente comidas gratis empezando inmediatamente.

*{insert student’s name}, {insert name of school}*

Si un estudiante que vive en su hogar no ha sido mencionado arriba, por favor llame a la escuela al *{insert phone number and email address if appropriate}* y pregunte si el(los) otro(s) estudiante(s) debe(n) recibir comidas gratis.

Por favor no llene ni envíe una solicitud de comidas para la familia.

El(los) estudiantes(s) mencionado(s) arriba pueden también calificar para un seguro de salud infantil gratuito o de bajo costo. Para más información sobre el seguro de salud infantil de bajo costo, por favor llame gratuitamente al (877)782-6440.

Si usted no quiere estos beneficios de comida para el/los estudiantes(s) mencionado(s) anteriormente o si usted tiene preguntas sobre este programa, por favor contacte a:

*{insert name and title of contact person reviewing program eligibility}*

*{insert address}*

*{insert telephone number and email address if appropriate}*

Atentamente,

*{insert signature of reviewing official}*

# Letter to Household, Directly Certified Reduced-Price Eligibility for the Household / Carta para el hogar, Elegibilidad directamente certificada de precio reducido para comidas estudiantes de la familia

*{insert contracting entity (CE) letterhead}*

*{insert date}*

Estimado *{insert name of parent or guardian}*:

Nuestros registros indican que el(los) estudiante(s) mencionado(s) abajo, reside(n) en su hogar y es(son) elegible(s) para recibir comidas escolares a un precio reducido *{insert breakfast or lunch meals and/or afterschool snack}*. El costo por comidas a un precio reducido es *{insert the cost of breakfast; if not charging for breakfast, insert $0.00}* por desayuno , almuerzos a un costo de{insert the cost of lunch}; merienda para después de la escuela a un costo de {insert the cost of snack} y recibirán automáticamente comidas a un precio reducido empezando inmediatamente.

*{insert student’s name}, {insert name of school}*

Si un estudiante que vive en su hogar no ha sido mencionado arriba, por favor llame a la escuela al *{insert phone number and email address if appropriate}* y pregunte si el(los) otro(s) estudiante(s) debe(n) recibir comidas gratis.

Por favor no llene ni envíe una solicitud de comidas para la familia.

El(los) estudiantes(s) mencionado(s) arriba pueden también calificar para un seguro de salud infantil gratuito o de bajo costo. Para más información sobre el seguro de salud infantil de bajo costo, por favor llame gratuitamente al (877)782-6440.

Si usted no quiere estos beneficios de comida para el/los estudiantes(s) mencionado(s) anteriormente o si usted tiene preguntas sobre este programa, por favor contacte a:

*{insert name and title of contact person reviewing program eligibility}*

*{insert address}*

*{insert telephone number and email if appropriate}*

Sincerely,

*{insert signature of reviewing official}*

# Letter to Household, Community Eligibility Provision (CEP) / Carta a los hogares, Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP)

*{insert contracting entity (CE) letterhead}*

*{insert date}*

Estimado *{insert name of parent or guardian}*:

Nos complace informarle que *{Insert Name of School(s)/District implementing CEP}* implementará la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP, por sus siglas en inglés) bajo el Programa de Desayunos Escolares y el Programa Nacional de Almuerzos Escolares para el año escolar *{insert school year, i.e., 2017-2018}*. Ya no se requieren solicitudes en las escuelas CEP.

Las escuelas que participan en la CEP ofrecen desayunos y almuerzos saludables todos los días gratuitamente para TODOS los estudiantes inscritos en esa escuela CEP durante el año escolar *{insert school year, i.e., 2017-2018}*.

Si necesita más información, por favor póngase en contacto con nosotros al

*{insert name and title of contact person determining program eligibility}*

*{insert address}*

*{insert telephone number and email if appropriate}*

Atentamente,

*{insert signature of reviewing or determining official}*

# Letter to Household, Special Assistance Provision 2 (P2), Base Year/ Carta a los hogares, Disposición de Asistencia Especial 2 —Año base

*{insert contracting entity (CE) letterhead}*

*{insert date}*

Estimado *{insert name of parent or guardian}*:

Nos complace informarle que *{Insert Name of School(s)/District implementing CEP}* implementará la Disposición de Asistencia Especial 2 (P2, por sus siglas en inglés) bajo el Programa de Desayunos Escolares y el Programa Nacional de Almuerzos Escolares para el año escolar *{insert school year, i.e., 2017-2018}*. Bajo P2, todos los estudiantes reciben {*breakfast/lunch/breakfast and lunch}* sin costo.

Complete la solicitud adjunta para su hogar y devuélvala a la escuela.

Si necesita más información, por favor póngase en contacto con nosotros al

*{insert name and title of contact person determining program eligibility}*

*{insert address}*

*{insert telephone number and email if appropriate}*

Atentamente,

*{insert signature of reviewing or determining official}*

# Letter to Household, Special Assistance Provision 2 (P2), Non-Base Year/ Carta a los hogares, Disposición de Asistencia Especial 2 —Año 2 y años sucesivos

*{insert contracting entity (CE) letterhead}*

*{insert date}*

Estimado *{insert name of parent or guardian}*:

Nos complace informarle que *{Insert Name of School(s)/District implementing CEP}* implementará la Disposición de Asistencia Especial 2 (P2, por sus siglas en inglés) bajo el Programa de Desayunos Escolares y el Programa Nacional de Almuerzos Escolares para el año escolar *{insert school year, i.e., 2017-2018}*. Bajo P2, todos los estudiantes reciben {*breakfast/lunch/breakfast and lunch}* sin costo.

Este año su hogar no necesita presentar una solicitud.

Si necesita más información, por favor póngase en contacto con nosotros al

*{insert name and title of contact person determining program eligibility}*

*{insert address}*

*{insert telephone number and email if appropriate}*

Atentamente,

*{insert signature of reviewing or determining official}*