Contents

[Documents for the Household 2](#_Toc146196142)

[Verification Notification 2](#_Toc146196143)

[Carte de selección de la verificación para hogares 3](#_Toc146196144)

[Información de Verificación para hogares 4](#_Toc146196145)

[Solicitud de información para verificación | Formulario de declaración de ingresos 5](#_Toc146196146)

[Formulario de declaración de ingresos 5](#_Toc146196147)

[Solicitud de información para verificación | Formulario de declaración de ingresos del Seguro Social 6](#_Toc146196148)

[Formulario de declaración de ingresos del Seguro Social 6](#_Toc146196149)

[Notificación de verificación 7](#_Toc146196150)

[Confirmación de continuación de beneficios 7](#_Toc146196151)

[Carta de medida adversa/resultados—ingresos 8](#_Toc146196152)

[Resultados/Medida adversa - SNAP/TANF 9](#_Toc146196153)

[Resultados/Medida adversa—niño adoptivo temporal (foster) 10](#_Toc146196154)

[Documents for the CE 11](#_Toc146196155)

[Verification Information Request | SNAP/TANF Multiple Applicant 11](#_Toc146196156)

[SNAP/TANF Multiple Applicant Letter 12](#_Toc146196157)

[SNAP/TANF Multiple Applicant List 13](#_Toc146196158)

# Documents for the Household

## Verification Notification

Purpose: The Verification Selection Letter for Households sample is intended to provide notification to households that their child’s household meal application has been randomly selected for verification of eligibility. The Verification Information for Households sample is intended to provide those selected households with a detailed list of requested documentation based on their eligibility type. *These letters are prepared by the CE and provided directly to selected households.*

Instructions for the CE:

1. Prepare the Verification Selection Letter and Verification Information for Households by filling in the blanks with appropriate information as indicated by the descriptions in italics.
2. Provide the Selection Letter and Information to selected households.

## Carte de selección de la verificación para hogares

*{insert date}*

Estimado/a *{insert addressee name}*:

La solicitud del hogar para recibir beneficios de alimentos para su hijo ha sido seleccionada al azar como parte de una revisión sobre las determinaciones de elegibilidad (revisión de verificación). Esta revisión tiene por objeto garantizar que solo los niños elegibles reciban beneficios de alimentos sin cargo o a precio reducido.

Para esta revisión, usted debe presentar documentación que respalde la elegibilidad de su hogar para recibir beneficios de alimentos sin cargo o a precio reducido que le fue otorgada. Le adjuntamos una hoja de información que lo ayudará en la presentación de los comprobantes requeridos.

De ser posible, no envíe documentación original. Si no es posible enviar copias de los documentos originales, tenga en cuenta que los originales **se devolverán únicamente si solicita su devolución**.

Para obtener información adicional sobre el proceso de revisión, contáctese con *{insert official’s name}* al *{insert contact information}*.

Envíe su documentación de prueba a *{insert name of verification reviewing official and complete mailing address}* o entréguela personalmente en *{insert complete address}* antes del *{insert date}*.

Si usted no envía la información que demuestre que su hijo es elegible para recibir beneficios de alimentos sin cargo o a precio reducido antes del *{insert date}*, los beneficios de alimentos otorgados se suspenderán.

Gracias por su colaboración en este asunto.

Atentamente,

*{signature*

*name of person signing form*

*address*

*telephone number}*

***Documento adjunto:*** *Verificación de elegibilidad para recibir alimentos sin cargo/a precio reducido | Información para hogares*

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell requiere la información solicitada con el fin de verificar la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o a precio reducido. Si usted no proporciona la información o proporcionar información incompleta, a sus hijos ya no podrán recibir comidas gratis o a precio reducido.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## Información de Verificación para hogares

Elija el tipo de determinación de elegibilidad que se aplica a su hogar y presente la documentación conforme lo indicado. Si tiene alguna pregunta, contáctese con {insert Verification Official’s name and contact information}.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **La elegibilidad del hogar se determina en base a la información de ingresos presentada en una solicitud del hogar respecto de todos los miembros del hogar.** | | |
| Proporcione a la escuela alguno de los siguientes tipos de documentos:   * *Documentación sobre ingresos/sueldos/salarios:* talones actuales de cheques de pago, recibos de sueldo, declaración del empleador donde indique el sueldo bruto, o la documentación comercial o de la actividad agropecuaria, como libros de contabilidad o libros de impuestos. * *Seguro social/pensión/jubilación:* carta de beneficios de jubilación del seguro social, declaración de beneficios recibidos o aviso de adjudicación de una pensión. * *Compensación por desempleo/indemnización por accidentes de trabajo o discapacidad:* aviso de elegibilidad de la Oficina Estatal de Protección del Empleo, talón de cheque o carta de indemnización por accidentes de trabajo. * *Pagos de bienestar social (asistencia general):* carta de beneficios de una agencia de bienestar social. * *Manutención para el niño/pensión alimenticia:* fallo judicial, acuerdo o copias de los cheques recibidos. * *Otros ingresos:* otros tipos de ingresos (por ejemplo, ingresos por rentas) que demuestren el monto de ingresos recibido, la frecuencia y la fecha en que se reciben. * *Sin ingresos:* breve nota donde explique cómo proporciona alimentos, ropa y vivienda para su hogar y para qué fecha espera recibir un ingreso. | | El *ingreso actual* es el monto de dinero que su hogar recibió por un mes entero entre el mes anterior a la fecha en que se presenta la solicitud y el periodo por el cual el hogar debe presentar información para su verificación. Los documentos que envíe deben demostrar lo siguiente:   1. monto de ingresos recibidos por todos los miembros del hogar; 2. nombre de la persona que lo recibió; 3. fecha en que se recibió el ingreso; y 4. con qué frecuencia se recibe el pago. |
| **La elegibilidad del hogar se basa en el hecho de que una persona del hogar recibe un Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y usted registró el número del Grupo de Determinación de Elegibilidad (EDG) correspondiente a esa persona que recibe el programa SNAP o la asistencia TANF en la solicitud del hogar.** | | |
| *Si el número de EDG correspondía a beneficios que la persona recibió durante el año escolar actual, proporcione*  *a la escuela alguno de los siguientes documentos:*   * El aviso de la certificación del programa SNAP o la asistencia TANF en el cual se indiquen las fechas del periodo de certificación. * Carta de la oficina del programa SNAP o la asistencia TANF en la cual se indique que una persona del hogar actualmente recibe un programa SNAP o una asistencia TANF. | *Si el número de EDG correspondía a beneficios recibidos durante un año escolar anterior y no al año escolar actual, deberá realizar lo siguiente:*   * Complete una solicitud del hogar con información sobre los ingresos de todos los miembros del hogar. * Adjunte copias de los recibos de sueldo u otra documentación que demuestre los ingresos actuales. * Presente esta documentación en la escuela de su hijo.   Una vez que la solicitud del hogar es revisada, usted recibirá una notificación de la escuela sobre la determinación de elegibilidad. | |

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell requiere la información solicitada con el fin de verificar la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o a precio reducido. Si usted no proporciona la información o proporcionar información incompleta, a sus hijos ya no podrán recibir comidas gratis o a precio reducido.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## Solicitud de información para verificación | Formulario de declaración de ingresos

Purpose: This form is intended to be used when households need to provide proof of income as part of the eligibility verification process. It is completed by the household member’s employer. Adults are not required to submit this form when households are completing a household application for meals.

Instructions:

1. The household member will record the employee’s name in the designated space and give the form to the appropriate employer representative.
2. The employer will complete each blank, providing requested earnings information, employer contact information, signature, date, and return the form to the household member.
3. The household member will return the form to the school contract for the verification process.

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

### Formulario de declaración de ingresos

*(Completado por el empleador)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Esta declaración tiene por objeto confirmar que  recibió el siguiente monto | | |
|  | | *(Nombre del empleado)* |
| de ingresos brutos antes de la deducción de impuestos, seguro social y demás deducciones efectuadas al cheque de pago. | | |
| $  on | | |
| *(Monto del cheque de pago)* | *(Fecha del cheque de pago)* | |
| Marque con una cruz la frecuencia de pago que abarca este cheque de pago. | | |

|  |
| --- |
| Semanal  Quincenal  Dos veces por mes  Mensual  Otro |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(Nombre en letra de imprenta)* | *(Firma del empleador)* | *(Fecha actual)* |
|  |  |  |
| *(Dirección del empleador)* | *(Número de teléfono del empleador)* |  |

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## Solicitud de información para verificación | Formulario de declaración de ingresos del Seguro Social

Purpose: This form is intended to be used when households need to provide proof of income as part of the eligibility verification process. It is completed by a Social Security office official. Parents are not required to submit this form when households are completing a household application for free or reduced-priced meals.

Instructions:

1. The CE will provide the form to the households needing a verification statement from the Social Security Office.
2. The Household Member will enter the appropriate claimant name and provide the form to the Social Security Office.
3. The Social Security Official will:
   1. Provide the appropriate information in each blank of the form.
   2. Sign and date the form in the designated space.
   3. Record a contact address and telephone number for the person completing the form in the designated spaces.
   4. Return the form to the household member.
4. The Household Member will return the form to the CE for verification.

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

### Formulario de declaración de ingresos del Seguro Social

*(Completed by Social Security Official)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Esta declaración tiene por objeto confirmar que  recibió el siguiente monto | | | | | |
| *(Nombre del empleado)* |
| ingresos de seguridad social  *\_*or o ingresos complementarios de seguridad (SSI) *\_\_* | | | | | |
|  | | *(monto de ingresos de seguridad social)* | | | *(monto de ingresos SSI)* |
| por el mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | |
|  | *(mes en que se pagó el monto)* | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(Nombre en letra de imprenta)* | *(Firma del empleador)* | *(Fecha actual)* |
|  |  |  |
| *(Dirección del empleador)* | *(Número de teléfono del empleador)* |  |

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

# Notificación de verificación

Purpose: The Notification of Verification Results letter samples are intended to provide household notification of the CE’s verified determination of eligibility. The letters are intended to finalize the verification process and provide households with appropriate continuation of benefits or adverse action information based on the results of the CE’s determination.

Instructions for the CE:

1. Prepare the appropriate Notification of Verification Results letter sample based on the household’s verified eligibility determination by filling in the blanks with appropriate information as indicated by the descriptions in italics.
2. Provide the appropriate Notification of Verification Results letter to each household selected for verification.

## Confirmación de continuación de beneficios

*{insert date}*

Estimado(a) *{insert parent name}*:

Gracias por ayudar a *{insert name of contracting entity (CE)}* a verificar la elegibilidad de su(s) hijo(s) para los beneficios de comidas escolares. Los materiales que nos ha proporcionado nos permiten verificar la elegibilidad de su(s) hijo(s).

De acuerdo con la documentación que proporcionó,

* Su(s) hijo(s) está(n) recibiendo los beneficios de comidas correctos.
* Su(s) hijo(s) es (son) elegible(s) para recibir comidas gratuitas en lugar de comidas a precio reducido. Los beneficios mayores se aplicarán a partir de *{insert date increased benefits apply}*.

Agradecemos su cooperación y apoyo durante este proceso. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro programa, por favor comunicarse con nuestra oficina.

Atentamente,

*{signature*

*name of person signing form*

*address and telephone number}*

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## Carta de medida adversa/resultados—ingresos

Fecha: *{insert date}*

Escuela: *{insert school(s) name(s)}*

Estimado/a: *{insert parent name}*

Hemos completado la verificación de elegibilidad de su/s hijo/s para recibir beneficios de alimentos en la escuela. A partir del *{insert date of change—within 10 operating days after the final day of the 10 calendar day advance notice}*, la elegibilidad de su/s hijo/s para recibir beneficios de alimentos se modificará de la siguiente manera:

Cambio de alimentos sin cargo a alimentos a precio reducido

La documentación proporcionada por su hogar muestra que los ingresos de su hogar son superiores al monto autorizado para recibir alimentos sin cargo. No obstante, su hogar sí cumple con los requisitos para recibir alimentos a precio reducido.

La documentación proporcionada por su hogar muestra que los ingresos de su hogar son superiores al monto autorizado para recibir alimentos sin cargo. No obstante, pudimos determinar que todos los estudiantes de su hogar son elegibles para recibir alimentos a precio reducido con motivo de su participación en el Children’s Health Insurance Program (CHIP) o en Medicaid.

El precio reducido que debe pagarse es \_\_\_\_\_\_ por el almuerzo, \_\_\_\_\_\_ por el desayuno y \_\_\_\_\_\_\_\_ por los refrigerios.

Cambio de alimentos sin cargo o a precio reducido a alimentos con cargo

La documentación proporcionada por su hogar muestra que los ingresos de su hogar son superiores al monto autorizado para recibir alimentos sin cargo o a precio reducido.

Usted no presentó comprobantes que respalden su elegibilidad actual. Falta la siguiente información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

El precio que debe pagarse es \_\_\_\_\_\_ por el almuerzo, \_\_\_\_\_\_ por el desayuno y \_\_\_\_\_\_\_\_ por los refrigerios.

Tiene derecho a apelar esta decisión. Para apelar esta decisión, debe solicitar una audiencia por vía telefónica o por escrito a *{insert name, address, and telephone number for hearing official}* antes del *{insert 10 calendar days from date the notification is sent}*. Si solicita una audiencia antes del *{insert 10 calendar days from date sent}*, su/s niño/s continuará(n) recibiendo alimentos sin cargo hasta que el oficial de audiencia emita su decisión. Para más información sobre esta decisión y el proceso de apelación, llame a *{insert verifying official’s name and telephone number}*.

Si actualmente no es elegible para recibir beneficios pero en el futuro sufre una disminución en los ingresos de su hogar, queda desempleado o la cantidad de miembros de su hogar aumenta, podrá presentar una nueva solicitud del hogar para recibir beneficios de alimentos.

Atentamente,

*{insert printed name*

*signature*

*address and telephone number}*

Documentos adjuntos:*Solicitud del hogar para recibir beneficios de alimentos sin cargo y a precio reducido; Verificación de elegibilidad para recibir alimentos sin cargo y a precio reducido | Información para hogares*

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## Resultados/Medida adversa - SNAP/TANF

Fecha: *{insert date}*

Esquela: *{insert school(s) name(s)}*

Estimado/a: *{insert parent name}*

Hemos completado la verificación de elegibilidad de su/s hijo/s para recibir beneficios de alimentos en la escuela. A partir del *{insert date of change—within 10 operating days after the final day of the 10 calendar day advance notice}*, la elegibilidad de su/s hijo/s para recibir beneficios de alimentos se modificará de la siguiente manera:

Cambio de alimentos sin cargo a alimentos a precio reducido: los registros disponibles muestran que en este momento su hogar no está recibiendo un Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas(TANF). No obstante, los datos disponibles sí muestran que su hogar recibe beneficios de Medicaid, y esto les otorga elegibilidad a los niños de su hogar para que reciban alimentos a precio reducido. El precio reducido que debe pagarse es \_\_\_\_\_\_ por el almuerzo, \_\_\_\_\_\_ por el desayuno y \_\_\_\_\_\_\_\_ por los refrigerios.

Cambio de alimentos sin cargo a alimentos con cargo: los registros disponibles muestran que en este momento su hogar no está recibiendo un Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). El precio que debe pagarse es \_\_\_\_\_\_ por el almuerzo, \_\_\_\_\_\_ por el desayuno y \_\_\_\_\_\_\_\_ por los refrigerios.

También puede completar una solicitud del hogar pare recibir beneficios de alimentos y presentar la información de sus ingresos actuales. Revisaremos la solicitud de su hogar para recibir beneficios de alimentos y la información de sus ingresos a fin de determinar si los niños de su hogar son elegibles para recibir alimentos sin cargo o a precio reducido en base a la documentación presentada.

También tiene derecho a apelar esta decisión. Para apelar esta decisión, debe solicitar una audiencia por vía telefónica o por escrito a *{insert name, address, and telephone number for hearing official}* antes del *{insert 10 calendar days from date the notification is sent}*. Si solicita una audiencia antes del *{insert 10 calendar days from date sent}*, su/s niño/s continuará(n) recibiendo alimentos sin cargo hasta que el oficial de audiencia emita su decisión. Para más información sobre esta decisión y el proceso de apelación, llame a *{insert verifying official’s name and telephone number}*.

Si actualmente no es elegible para recibir beneficios pero en el futuro sufre una disminución en los ingresos de su hogar, queda desempleado o la cantidad de miembros de su hogar aumenta, podrá presentar una nueva solicitud del hogar para recibir beneficios de alimentos.

Atentamente,

*{insert printed name*

*signature*

*address and telephone number}*

Documentos adjuntos:*Solicitud para recibir beneficios de alimentos sin cargo y a precio reducido; Verificación de información para recibir alimentos sin cargo y a precio reducido*

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## Resultados/Medida adversa—niño adoptivo temporal (foster)

Fecha: *{insert date}*

Esquela: *{insert school(s) name(s)}*

Estimado/a: *{insert parent name}*

Hemos completado la verificación de elegibilidad del/de los niño/s adoptivo temporal en su hogar para recibir beneficios de alimentos en la escuela. A partir del *{insert date of change—within 10 operating days after the final day of the 10 calendar day advance notice}*, la elegibilidad de {*insert name(s) of child(ren)*} para recibir beneficios de alimentos se modificará de la siguiente manera:

Cambio de alimentos sin cargo a alimentos con cargo: la documentación proporcionada por su hogar o los registros disponibles no demostraron que el/los niño/s señalado/s arriba ha/n sido acogido/s en sus hogar mediante un programa de niño adoptivo temporal administrado por el estado de Texas o por un tribunal con jurisdicción en el estado de Texas. El precio que debe pagarse es \_\_\_\_\_por el almuerzo,\_\_\_\_ por el desayuno y\_\_\_\_ por los refrigerios.

Elegibilidad del hogar para recibir alimentos sin cargo: no pudimos verificar la elegibilidad por niño adoptivo temporal respecto del/de los niño/s señalado/s arriba; sin embargo, pudimos determinar que todos los estudiantes de su hogar son elegibles para recibir alimentos sin cargo con motivo del programa SNAP, la asistencia TANF o su participación en Medicaid.

Elegibilidad del hogar para recibir alimentos a precio reducido: no pudimos verificar la elegibilidad por niño adoptivo temporal respecto del/de los niño/s señalado/s arriba; sin embargo, pudimos determinar que todos los estudiantes de su hogar son elegibles para recibir alimentos a precio reducido con motivo de su participación en Medicaid. El precio reducido que debe pagarse es \_\_\_\_\_\_ por el almuerzo, \_\_\_\_\_\_ por el desayuno y \_\_\_\_\_\_\_\_ por los refrigerios.

Si no pudimos verificar que el/los niño/s adoptivo temporal era/eran elegible/s, puede completar una solicitud del hogar para recibir beneficios de alimentos y presentar la información de sus ingresos actuales. Basándonos en esta documentación, revisaremos la solicitud del hogar para recibir beneficios de alimentos a fin de determinar si los niños en su hogar son elegibles para recibir alimentos sin cargo o a precio reducido.

También tiene derecho a apelar esta decisión. Para apelar esta decisión, debe solicitar una audiencia por vía telefónica o por escrito a *{insert name, address, and telephone number for hearing official}* antes del *{insert 10 calendar days from date the notification is sent}*. Si solicita una audiencia antes del *{insert 10 calendar days from date sent}*, su/s niño/s continuará(n) recibiendo alimentos sin cargo hasta que el oficial de audiencia emita su decisión. Para más información sobre esta decisión y el proceso de apelación, llame a *{insert verifying official’s name and telephone number}*.

Si actualmente no es elegible para recibir beneficios pero en el futuro sufre una disminución en los ingresos de su hogar, queda desempleado o la cantidad de miembros de su hogar aumenta, podrá presentar una nueva solicitud del hogar para recibir beneficios de alimentos.

Atentamente,

*{insert printed name*

*signature*

*address and telephone number}*

**Documentos adjuntos:** *Solicitud del hogar para recibir beneficios de alimentos sin cargo y a precio reducido; Verificación de elegibilidad para recibir alimentos sin cargo y a precio reducido | Información para hogares*

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

# Documents for the CE

## Verification Information Request | SNAP/TANF Multiple Applicant

Purpose: This form is intended to be used during the verification process to assist the Contracting Entity (CE) in determining the eligibility of participants who have qualified for free meals based on household SNAP or TANF eligibility. *This form is prepared by the CE, but verification is determined by the SNAP or TANF official.*

Instructions:

1. The CE will:
   1. Prepare the Multiple Applicant Letter by filling in the blanks with appropriate information as indicated by the descriptions in italics.
   2. Using the Multiple Applicant List, record the names of the adult and child household members and SNAP/TANF household Eligibility Determination Group number (EDG#) in the designated columns.
   3. Provide the letter and list to the SNAP/TANF agency for verification.
2. The SNAP or TANF Official will:
   1. Review each household name and child’s name on the list.
   2. Mark the appropriate response for SNAP/TANF eligibility—No/Yes—in the designated space under the Current Participation in SNAP or TANF, No/Yes columns.
   3. Record the name, signature, date, address, and telephone number of the SNAP/TANF Official in the designated spaces and return the list to the CE.
3. The CE will:
   1. Review the responses from the SNAP or TANF official, and take all necessary steps based on that response.

## SNAP/TANF Multiple Applicant Letter

*[If Contracting Entity (CE) letterhead stationery is not used, insert the words “Letter to the SNAP/TANF Office from the {CE Name}” ]*

*{insert date}*

Dear: *{insert SNAP/TANF official’s name and title}*

When an individual in a household receives Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) benefits, children in the household automatically qualify for free school meals. The regulations for SNAP and TANF permit SNAP and TANF offices to release eligibility information to administrators of the National School Lunch Program (NSLP) and School Breakfast Program (SBP) in order to ensure that only eligible children receive free meal benefits.

Enclosed is a list of approved free meal applicants who have been selected for verification of benefits and have indicated that a child or member of the household receives SNAP and/or TANF benefits. On the enclosed list, please indicate if these household members are currently participating in the SNAP and/or TANF Program and provide the signature information as requested. This information will be used only to confirm the approved applicant’s eligibility for free meal benefits.

Your return of the list by *{insert date}* will be appreciated. A self-addressed return envelope is also enclosed for your convenience. If you have any questions or need additional information, please contact me at the number listed below.

Sincerely,

*{insert printed name*

*signature*

*address*

*telephone number}*

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

## SNAP/TANF Multiple Applicant List

*ark each household/child as a current participant of SNAP/TANF or not.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Completed by the CE)* | | | Current Participation in SNAP or TANF | |
| Adult Household Member  (Last Name, First Name) | Child(ren)’s Name  (Last Name, First Name) | SNAP/TANF  Eligibility Determination Group Number (EDG#) |
| No | Yes |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Printed Name of SNAP/TANF Official* | *Signature of SNAP/TANF Official* | *Today’s Date* |
|  |  |  |
| *Address* | *Telephone Number* |  |

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.