[Insertar el encabezamiento de carta del distrito]

**Notificación de cambio en los beneficios de comidas escolares gratuitas y a precio reducido**

Año escolar 20\_\_-20\_\_

Estimado padre o tutor:

**(Nombre de la escuela o el distrito) ofrece (desayuno, almuerzo o desayuno y almuerzo) sin costo para todos los estudiantes. Sin embargo, (nombre de la escuela o el distrito) debe hacer un seguimiento de la elegibilidad federal de los estudiantes para asegurar que nuestras escuelas obtengan el financiamiento para el que califican.**

Hemos revisado la determinación de elegibilidad para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido de **[nombre de los niños]** porque:

\_\_\_\_\_Usted nos contactó y proporcionó información adicional y/o envió una aplicación actualizada para recibir comidas escolares gratuitas y a precio reducido.

\_\_\_\_\_Detectamos un error en el procesamiento de su aplicación o hubo un cambio en la política federal.

La revisión determinó que:

* A partir del **[fecha]**, su(s) hijo(s) será(n) elegible(s) para recibir comidas escolares gratuitas porque su ingreso está dentro de los límites de elegibilidad para las comidas escolares gratuitas.

A partir del **[fecha]**, su(s) hijo(s) será(n) elegible(s) para recibir comidas escolares a precio reducido porque su ingreso es superior al límite para comidas escolares gratuitas, pero está dentro de los límites de elegibilidad para comidas a precio reducido. Debido **a que no hay costo alguno por el** (desayuno, almuerzo o desayuno y almuerzo) **para todos los estudiantes, usted no tendrá que pagar nada por las comidas escolares.**

* A partir del **[fecha]**, su(s) hijo(s) ya no será(n) elegible(s) para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido por la(s) siguiente(s) causa(s):

\_\_\_ Su ingreso es superior al límite para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido.

\_\_\_ Usted solicitó dejar de recibir los beneficios de comidas escolares.

\_\_\_ La cantidad de miembros de su hogar ha cambiado.

\_\_\_ Otra:

**De todas formas, dado que no hay costo alguno por el** (desayuno, almuerzo o desayuno y almuerzo) **para todos los estudiantes, esta determinación no cambia su acceso a las comidas escolares sin costo.**

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, puede comunicarse con **[nombre del miembro del personal de la escuela]** llamando al **[número de teléfono]** o escribiendo a **[correo electrónico]**. Si hay cambios en su ingreso o en la cantidad de miembros de su hogar, o usted pasa a ser elegible para SNAP, TANF o FDPIR, puede volver a aplicar en cualquier momento a lo largo del año escolar. Independientemente de cuál sea la determinación, ofreceremos estas comidas sin costo para todos los estudiantes.

Si desea revisar la decisión en detalle, usted tiene derecho a solicitar una audiencia justa. Puede hacerlo llamando o escribiendo al siguiente miembro del personal hasta el **[insertar fecha correspondiente a 10 días calendario a partir de la fecha de envío de la notificación]**

**[Nombre del miembro del personal de la escuela]**:

**[Dirección]**:

**[Número de teléfono]**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Correo electrónico]**

Atentamente,

**[Firma]**

**[Información de contacto]**

 **Non-discrimination Statement**: In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA’s TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant’s name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. mail:
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 or (202) 690-7442; or
3. email:
[program.intake@usda.gov](http://mailto:program.intake@usda.gov/)

 This institution is an equal opportunity provider.