
INSTRUCTIONS FOR APPLYING

A HOUSEHOLD MEMBER IS ANY CHILD OR ADULT LIVING WITH YOU.

IF YOUR HOUSEHOLD RECEIVES BENEFITS FROM **[State SNAP]**, **[State TANF]**, OR **[THE FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)]**, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

Part 1: List only household members and the name of each child's school (if known).

Part 2: List the case number for any household member (including adults) receiving **[State SNAP]**, **[State TANF]**, or **[FDPIR]** benefits.

Part 3: Skip this part.

Part 4: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are **not** necessary.

Part 5: Answer this question if you choose.

Turn the form in to **Sheila Butler** at your school.

IF NO ONE IN YOUR HOUSEHOLD GETS **[State SNAP]**, **[State TANF]**, OR **[FDPIR]** BENEFITS AND IF ANY CHILD IN YOUR HOUSEHOLD IS HOMELESS, A MIGRANT OR RUNAWAY, OR IN HEAD START FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

Part 1: List all household members and the name of each child's school (if known). If any child you are applying for is homeless, migrant, in Head Start or a runaway check the appropriate box and call **[your school, homeless liaison, runaway, head start or migrant coordinator]**.

Part 2: Skip this part.

Part 3: Complete only if a child in your household isn't eligible under Part 1. See instructions for All Other Households.

Part 4: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary if you didn't need to fill in Part 3.

Part 5: Answer this question if you choose.

Turn the form in to **Sheila Butler** at your school.

IF YOU ARE APPLYING FOR A FOSTER CHILD, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

If all children in the household are foster children:

Part 1: List all foster children and the school name for each child. Check the box indicating the child is a foster child.

Part 2: Skip this part.

Part 3: Skip this part.

Part 4: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are **not** necessary.

Part 5: Answer this question if you choose.

Turn the form in to **Sheila Butler** at your school.

If some of the children in the household are foster children:

Part 1: List all household members and the name of each child's school (if known). For any person, including children, with no income, you must check the "No Income" box. Check the box for each foster child. If any child you are applying for is homeless, migrant, in Head Start or a runaway check the appropriate box and if you have questions call **your school**.

Part 2: Skip this part.

Part 3: Complete only if a child in your household isn't eligible under Part 1. See instructions for All Other Households.

Part 4: Adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number (or mark the box if s/he doesn't have one).

Part 5: Answer this question if you choose.

Turn the form in to **Sheila Butler** at your school.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, INCLUDING WIC HOUSEHOLDS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

Part 1: List all household members and the name of each child's school (if known). For any person, including children, with no income, you must check the "No Income" box. If any child you are applying for is homeless, migrant, Head Start, a foster child or a runaway check the appropriate box and call **[your school or appropriate official]**.

Part 2: Skip this part.

Part 3: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

- **Section 1–Name:** List all household members with income.
- **Section 2 –**
 - **Gross Income and How Often It Was Received:** For each household member listed in section 1, list each type of income received for the month. You must tell us how often the money is received—weekly, every other week, twice a month or monthly.
 - **Earnings:** Be sure to list the **gross income**, not the take-home pay. Gross income is the amount earned *before* taxes and other deductions. You should be able to find it on your pay stub or your boss can tell you.
 - **Income received from welfare, child support, and alimony:** List the amount each person received.
 - **Income received from retirement benefits, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran’s benefits (VA benefits), and disability benefits:** List the amount each person received.
 - **All Other Income:** List Worker’s Compensation, unemployment or strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income. Do not include benefits from WIC, Federal education and foster payments received by the family from the placing agency. For **ONLY** the self-employed, under *Earnings from Work*, report income after expenses. This is for your business, farm, or rental property. If you are in the Military Privatized Housing Initiative or get combat pay, do not include these allowances as income.

Your children may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls at or below the limits on this chart:

FEDERAL ELIGIBILITY INCOME CHART for School Year 2020-2021			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1	23,606	1,968	454
2	31,894	2,658	614
3	40,182	3,349	773
4	48,470	4,040	933
5	56,758	4,730	1,092
6	65,046	5,421	1,251
7	73,334	6,112	1,411
8	81,622	6,802	1,570
Each additional person:	+8,288	+691	+160

Part 4: Adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number (or mark the box if s/he doesn’t have one).

The information contained within this application may be shared with other Federal/Local health programs for which your child(ren) may qualify, however your permission is required. This will not affect your eligibility for school meals. May school officials share the information within this application with other programs? Check the appropriate box.

Part 5: Answer this question if you choose.

Turn the form in to **Sheila Butler** at your school.

FREE AND REDUCED-PRICE SCHOOL MEALS FAMILY APPLICATION

[illegible]

CASE NUMBER _____

1. NAME (LIST ONLY HOUSEHOLD MEMBERS WITH INCOME)	2. GROSS INCOME AND HOW OFTEN IT WAS RECEIVED																			
	Earnings from work before deductions.	Weekly	Every 2 Weeks	Twice Monthly	Monthly	Welfare, child support, alimony	Weekly	Every 2 Weeks	Twice Monthly	Monthly	Social Security, SSI, VA, retirement benefits	Weekly	Every 2 Weeks	Twice Monthly	Monthly	All other income (such as Unemployment) benefits	Weekly	Every 2 Weeks	Twice Monthly	Monthly
<i>(Example) Jane Smith</i>	\$200	X				\$150		X			\$0					\$0				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				

<i>Choose one ethnicity:</i> ☐ Hispanic/Latino ☐ Not Hispanic/Latino	<i>Choose one or more (regardless of ethnicity):</i> ☐ Asian ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Black or African American ☐ White ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander
---	--

*******DO NOT FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY*******

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: ☐ Week, ☐ Every 2 Weeks, ☐ Twice A Month, ☐ Month, ☐ Year Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Date Withdrawn: _____

Reason for denial or withdrawal: _____ ☐ **Check if Error Prone Application**

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue,
SW
Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; or

email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

Date of Contact	Staff Initials	Name of Household Member Contacted	Detailed Information Received

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED.

SI SU HOGAR RECIBE PRESTACIONES DE **[State SNAP]**, **[State TANF]**, O **[DEL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN LAS RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR)]**, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: enumere solo los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si la conoce).

Parte 2: escriba el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluyendo a los adultos) que reciban los beneficios del **[State SNAP]**, **[State TANF]** o del **[FDPIR]**.

Parte 3: sátese esta parte.

Parte 4: firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social **no** son necesarios.

Parte 5: responda a esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario a **Sheila Butler** en su escuela.

SI NADIE DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE **[State SNAP]**, **[State TANF]**, O **[FDPIR]** Y SI ALGUNO DE LOS NIÑOS DE SU HOGAR NO TIENE TECHO, ES MIGRANTE O FUGITIVO, O SE ENCUENTRA EN HEAD START SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si lo sabe). Si algún niño por quien esté haciendo la solicitud no tiene hogar, es migrante, se encuentra en Head Start o es fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a **[su escuela, enlace para quienes no tienen hogar, son fugitivos, o están en Head Start, o al coordinador migratorio]**.

Parte 2: omita esta parte.

Parte 3: llene solo si algún niño de su hogar no cumple con los requisitos de la Parte 1. Consulte las instrucciones para todos los demás hogares.

Parte 4: firme el formulario. No son necesarios los últimos cuatro dígitos del número de seguro social si no tiene que llenar la Parte 3.

Parte 5: responda a esta pregunta si lo desea.

Dele el formulario a **Sheila Butler** de su escuela.

SI ESTÁ HACIENDO LA SOLICITUD PARA UN NIÑO DE ACOGIDA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños del hogar son niños de acogida:

Parte 1: enumere todos los niños de acogida y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un niño de acogida.

Parte 2: omita esta parte.

Parte 3: omita esta parte.

Parte 4: firme el formulario. **No** se necesitan los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social.

Parte 5: responda a esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario a **Sheila Butler** en su escuela.

Si algunos de los niños del hogar son hijos de acogida:

Parte 1: enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si lo sabe). Para cualquier persona, incluyendo los niños, sin ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Marque la casilla para cada niño de acogida. Si algún niño para quienes hace la solicitud no tiene hogar, es migrante, está en Head Start o es fugitivo, marque la casilla correspondiente y, si tiene alguna pregunta, llame a **su escuela**.

Parte 2: omita esta parte.

Parte 3: llene solo si algún niño de su hogar no cumple con los requisitos de la Parte 1. Consulte las instrucciones para todos los demás hogares.

Parte 4: un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no lo tiene).

Parte 5: responda a esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario a **Sheila Butler** en su escuela.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO LOS HOGARES DE WIC, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si lo sabe). Para cualquier persona, incluyendo los niños, sin ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Si hace la solicitud para algún niño que no tenga hogar, sea migrante, esté en Head Start, es un niño de acogida o es fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a **[su escuela o funcionario correspondiente]**.

Parte 2: omita esta parte.

Parte 3: siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Sección 1 — Nombre:** enumere todos los miembros del hogar que tengan ingresos.
- **Sección 2 —**
 - **Ingresos brutos y con qué frecuencia los recibe:** para cada miembro del hogar que figura en la sección 1, indique cada tipo de ingresos recibidos durante el mes. Debe decirnos con qué frecuencia recibe dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

- **Ganancias:** asegúrese de enumerar sus **ingresos brutos**, no el pago que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada *antes* de pagar impuestos y otras que le hagan deducciones. Debería poder encontrarlo en su talón de pago o su jefe puede decírselo.
- **Ingresos recibidos de parte de la asistencia social, manutención de los hijos y pensión alimenticia:** enumere la cantidad recibida por cada persona.
- **Ingresos recibidos por prestaciones de jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés), prestaciones para veteranos (beneficios VA) y prestaciones por discapacidad:** indique el monto que recibe cada persona.
- **Todos los demás ingresos:** enumere la compensación del trabajador, los beneficios de desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, educación federal y pagos de crianza que la familia reciba de parte de la agencia de colocación. SOLO para los empleados autónomos, bajo los *ingresos de trabajo*, informe acerca de los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares o recibe pago por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Es posible que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar se encuentran en los límites de esta tabla o por debajo de esta:

GRÁFICO DE LOS INGRESOS DE ELEGIBILIDAD FEDERAL para el año escolar 2020-2021			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	23 606	1968	454
2	31 894	2658	614
3	40 182	3349	773
4	48 470	4040	933
5	56 758	4730	1092
6	65 046	5421	1251
7	73 334	6112	1411
8	81 622	6802	1570
Cada persona adicional:	+8288	+691	+160

Parte 4: un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no lo tiene).

La información contenida en esta solicitud se puede compartir con otros programas de salud federales Y locales para los cuales su o sus hijos pueden calificar, sin embargo, se requiere de su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. ¿Pueden los funcionarios escolares compartir la información contenida en esta solicitud con otros programas? Marque la casilla correspondiente.

Parte 5: responda a esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario a **Sheila Butler** en su escuela.

2020-2021

SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

PARTE 1: TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR ** DEVUELVA ESTA SOLICITUD A LA ESCUELA DE SU HIJO**

Nombres de todos los miembros del hogar (Primera, segunda y última inicial)	Identificación del estudiante	Marque la casilla a continuación si el niño es un niño de acogida, que no tiene hogar, es migrante, fugitivo o se encuentra en Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es un niño de acogida, no tiene hogar, es fugitivo, migrante o se encuentra en Head Start, pase a la parte 4 para firmar este formulario.					Coloque una marca en la casilla si NO tiene ingresos
		De acogida	No tiene hogar	Es migrante	Es fugitivo	Se encuentra en Head Start	

PARTE 2. BENEFICIOS

SI ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE [State SNAP], [FDPIR] O [Asistencia de State TANF], PROPORCIONE EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE BENEFICIOS Y SALTE A LA PARTE 4. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, VAYA A LA PARTE 3.

NÚMERO DE CASO _____

PARTE 3. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (ANTES DE LAS DEDUCCIONES). Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla para saber con qué frecuencia se recibe. REGISTRE CADA INGRESO SOLO UNA VEZ.

1. NOMBRE (ENUMERE SOLO A LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE TIENEN INGRESOS)	2. INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA LO RECIBIÓ																			
	Ingresos que recibe del trabajo antes de las deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Seguro social, SSI, VA, beneficios de jubilación	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (por ejemplo: prestaciones por desempleo)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	200 \$	X				150 \$		X			0 \$					0 \$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				

PARTE 4. FIRMA Y LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (DEBE FIRMAR UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si llena la parte 3, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de seguro social". (Consulte la declaración en la parte posterior de esta página.)

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informa de todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales según la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (chequear) la información. Entiendo que, si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de alimentos y puedo ser procesado. Entiendo que la situación de elegibilidad de mi hijo puede compartirse según lo permita la ley.

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: Dirección:

_____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: *** - * * * - ____ _ ☐ No tengo número de Seguro Social

La información contenida en esta solicitud se puede compartir con otros programas de salud federales Y locales para los cuales su o sus hijos pueden calificar, sin embargo, se requiere de su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. Los funcionarios de la escuela comparten la información dentro de esta aplicación con otros programas ☐ No ☐ Sí Los niños también pueden calificar para un seguro médico y dental gratuito o de bajo costo con Florida KidCare. Solicite en floridakidcare.org o llame al 1-888-540-5437.

PARTE 5. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una etnia:

- ☐ Hispano o latino
☐ No hispano ni latino

Elija uno o más (independientemente de la etnia):

- ☐ Indio asiático americano o nativo de Alaska ☐ negro o afroamericano ☐ blanco ☐ nativo hawaiano u otro isleño del pacífico

******* NO LLENE ESTA PARTE. ESTO ES SOLO PARA USO ESCOLAR *******

Conversión de ingresos anuales: semanal x 52, cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 24 mensuales x 12

Total de ingresos: _____ Por: ☐ semana, ☐ cada 2 semanas, ☐ dos veces al mes, ☐ mensual, ☐ al año. Tamaño del hogar: _____

Elegibilidad categórica: _____ Elegibilidad: Gratis _____ Reducido _____ Rechazado _____ Fecha del retiro: _____

Motivo de denegación o retiro: _____ ☒ **Comprobar si Solicitud propensa a errores**

Determinando la firma del funcionario: _____ Fecha: _____

Firma del oficial confirmador: _____ Fecha: _____

Verificación de la firma del funcionario: _____ Fecha: _____

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. No es necesario que brinde la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de acogida temporal o enumera un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR por sus siglas en inglés) número de caso u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de desayuno y almuerzo. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para hacer las revisiones de los programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas de USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalia por una actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas que padecen de discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo: Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, que padecen de problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, llene el formulario de queja por discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea por: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario lleno o una carta al USDA por:

correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue,
SW
Washington, DC 20250-9410

fax: (202) 690-7442; o

correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Fecha de contacto	Iniciales del personal	Nombre del Miembro del Hogar Contactado	Información detallada recibida