Form #70S
(Required)
Revised 7/03

→ *INSERT DISTRICT LETTERHEAD* ←

Letter to Notify Household of Eligibility Status

_____

(Child(rens) Name(s)) *(School)* *(Grade)* *(Date)*

Estimado Padre O Encargado:

La aplicación para comidas gratis o a precio reducido o leche gratis de su niño ha sido revisada y lo resultados son los siguientes:

APROVADO

☐ Almuerzo Gratis ☐ Leche Gratis

☐ Comidas gratis temporalmente. Su eligibilidad será reevaluada en 45 dias por calendario.

☐ Comidas a precio reducido. El costo es $_____ por el desayuno, $_____ por el almuerzo y/o $_____ por merienda.

☐ Comidas a precio reducido temporalmente. El costo es $_____ por el desayuno, $_____ por el almuerzo y/o $_____ por merienda. Su eligibilidad será reevaluada en 45 dias por calendario.

NEGADO/PAGADO

☐ El ingreso total de su hogar sobrepasa la tabla de ingresos publicada por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. El costo es $_____ por el desayuno, $_____ por el almuerzo y/o $_____ por merienda.

☐ Su aplicación esta aún incompleta. Si usted provee la siguiente información, usted puede ser elegible para recibir beneficios por las comidas. La siguiente información es necesaria:

_____

_

_____

_

Si usted no esta de acuerdo con la decisión tomada e indicada arriba, lo puede discutir con un oficial de la escuela, y tiene derecho a una justa audiencia. Esto puede hacerlo llamando o escribiéndole al oficial de la escuela:

_____

(Name of Hearing Officer) *(Address)* *(Telephone Number)*

Si su niño es aprobado para recibir beneficios en las comidas, usted debe informar a la escuela cuando su ingreso aumente por mas de $50 al mes ($600 al año) o cuando su numero de miembros del hogar disminuya. Si su niño es aprobado para recibir beneficios en las comidas basado en su eligibilidad para Cupones de Alimentos o Asistencia Temporera para Familias Necesitadas (TANF), usted debe informar a la escuela cuando ya no reciba Cupones de Alimentos o TANF para su niño.

Usted puede reaplicar para beneficios en cualquier momento durante el ano escolar. Si usted no es elegible ahora pero tiene una disminución de sueldo, pierdo su empleo, o tiene un aumento de miembros en el hogar, usted puede llenar otra aplicación.

_____

(Name of Determining Official) *(Title)* *(Date)*

_____

(Address) *(Telephone Number)*

De acuerdo con la ley federal y las regulaciones del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíben a esta institución discriminar en base o raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad o la inhabilidad.

Para submitir una queja de discriminación escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es abastecedor y proveedor de la oportunidad igual.

AR/dvj/#70 Spanish-Notific. HH eligibility Status.

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.