



www.cary26.org

CARY COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT

ADMINISTRATION CENTER

2115 Crystal Lake Road • Cary, Illinois 60013 • (847) 639-7788 • Fax (847) 639-3898

Briargate • Deer Path • Three Oaks • Cary Junior High

Brian Coleman
Superintendent

Valerie McCall
Director of Curriculum and
Instruction

Jennifer Thomas
Director of Special Services

T. Ferrier
Director of Finance and
Operations

Estimado Padre o el Guardián:

Los niños necesitan alimentación saludable para aprender. El Distrito escolar de Cary 26 ofrece comidas/bebidas sanas cada día. El almuerzo cuesta \$2.40, el desayuno cuesta \$1.30, y la leche cuesta \$0.55. Puede ser que sus niños califiquen por comidas y/o leche de precio reducido o gratis. El precio reducido para almorzar será \$0.40; \$0.30 para el desayuno. Para solicitar asistencia con los pagos del almuerzo deben llenar la aplicación "Household Eligibility Application", que se encontrara junto con está carta. Nosotros no podemos aprobar una aplicación que no es completada apropiadamente, así que estén seguro de llenar toda la información necesaria. Regrese la aplicación a:

Jill Scarpino

Cary Community Consolidated School District 26
2115 Crystal Lake Road
Cary, IL 60013

Teléfono: 847-639-7788 (Pueden llamar con cargo a nosotros si es necesario)

Puede ser que su niño(a)/s califique por comidas gratis o de precio reducido si el ingreso de su hogar se encuentra dentro de las Pautas Federales de Ingresos encontradas en la tabla que sigue.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS

(Efectivo desde 1 de julio 2012 al 30 de junio, 2013)

Comidas a Gratis						Comidas a Precio Reducido					
Cuantos	Anual	Mensual	Dos			Cuantos	Anual	Mensual	Dos		
			Veces	Cada Dos	Semanas				Veces	Cada Dos	Semanas
1	14,521	\$1,211	\$ 606	\$ 559	\$ 280	1	20,665	\$1,723	\$ 862	\$ 795	\$ 398
2	19,669	1,640	820	757	379	2	27,991	2,333	1,167	1,077	539
3	24,817	2,069	1,035	955	478	3	35,317	2,944	1,472	1,359	680
4	29,965	2,498	1,249	1,153	577	4	42,643	3,554	1,777	1,641	821
5	35,113	2,927	1,464	1,351	676	5	49,969	4,165	2,083	1,922	961
6	40,261	3,356	1,678	1,549	775	6	57,295	4,775	2,388	2,204	1,102
7	45,409	3,785	1,893	1,747	874	7	64,621	5,386	2,693	2,486	1,243
8	50,557	4,214	2,107	1,945	973	8	71,947	5,996	2,998	2,768	1,384
Por cada miembro adicional	5,148	429	215	198	99	Por cada miembro adicional	7,326	611	306	282	141

A continuación encontrará las respuestas a las preguntas que se le puedan presentar sobre está solicitud:

- ¿Tengo que completar una solicitud para cada menor?** No. Complete la solicitud para solicitar comidas gratuitas a de precio reducido. Use una Solicitud de Cumplimiento de Requisitos del Hogar para todos los estudiantes en su hogar par distrito. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegurese de completar toda la información solicitada. Devuelva la **solicitud completa a la persona indicada arriba.**
- ¿Quién puede recibir comidas / leche gratis?** Los menores de los hogares que reciben el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o el programa de Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) y la mayoría de los menores en cuidado de crianza pueden obtener comidas gratuitas sin considerar su ingreso Asimismo, si el ingreso de su hogar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, sus hijos pueden recibir comidas / leche gratis.
- ¿Los menores sin hogar, escapados, migratorios a "Head Start" pueden recibir comidas gratuitas?** Por favor llame (o contáctese con la escuela) para saber si su(s) hijo(s) cumplen con los requisitos de acceso, si usted no ha recibido ninguna información indicando que recibirán comidas

gratuitas.

4. **¿Quién puede recibir comidas de precio reducido?** Sus hijos pueden recibir comidas de bajo costo si el ingreso de su hogar se encuentra dentro de los límites de precios reducidos establecidos en las Pautas Federales de Cumplimiento de Requisitos de Ingresos (IEG).
5. **Mi hijo recibe beneficios SNAP a TANF. La escuela me entregó una carta indicando que mi hijo/a cumple con los requisitos para acceder a comidas gratuitas a través del Proceso de Certificación Directa. ¿Necesito hacer algo más para asegurarme que mi hijo/a reciba comidas gratuitas?** No. Usted no debe hacer nada más para recibir comidas gratuitas. Si usted no desea recibir las comidas gratuitas, usted debería seguir los pasos indicados en la carta de la escuela para notificar inmediatamente al personal de la escuela.
6. **La solicitud de mi hijo/a fue aprobada el año pasado. ¿Debo completar otra?** Si. La solicitud de su hijo únicamente es válida para ese año escolar y los primeros días de este año escolar. Usted debe enviar una nueva solicitud excepto si la escuela le ha dicho que su hijo/a cumple con los requisitos para el nuevo año escolar.
7. **Yo recibo beneficios de Women, Infants and Children (WIC). ¿Mi(s) hijo(s) pueden recibir comidas gratuitas?** Los menores de hogares que participan en WIC tal vez puedan acceder a comidas gratuitas o de precio reducido. Por favor complete una solicitud.
8. **¿Controlarán la información que yo suministre?** Sí. Es posible que le solicitemos que envíe una prueba escrita de la información que proporciona.
9. **Si no cumplo con los requisitos ahora, ¿puedo presentar la solicitud más tarde?** Si. Usted puede presentar la solicitud en cualquier momento del año escolar.
10. **¿Y si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Usted debería hablar con los funcionarios escolares. Usted también puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a la persona arriba indicada.
11. **¿Puedo presentar una solicitud si alguna persona de mi hogar no es ciudadano de los Estados Unidos?** Si. Usted a su(s) hijo(s) no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para acceder a las comidas gratuitas o de precio reducido.
12. **¿A qué personas debería incluir cómo miembros de mi hogar?** Usted debe incluir a todas las personas que viven en su hogar, relacionados a no (como sus abuelos, otros parientes o amigos). Usted debe incluirse a si mismo y a todos los menores que viven con usted.
13. **¿Qué sucede si mi ingreso no es siempre igual?** Liste el monto que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 por mes, pero el mes pasado perdió algunos trabajos y sólo obtuvo \$900, indique que recibe \$1000 por mes. Si usted generalmente cobra tiempo extra, inclúyalo, pero no lo haga si únicamente lo cobra en forma ocasional.
14. **Somos militares. ¿Debemos incluir nuestra indemnización para el hogar como ingreso?** Si su hogar es parte de la Iniciativa de Privatización de Hogares Militares, no incluya su indemnización para el hogar como ingreso. Todas las demás prestaciones deben incluirse en su ingreso bruto.
15. **Mi cónyuge ha sido enviada a una zona de combate. ¿Se cuenta su pago por combate como ingreso?** No. Si recibe el pago por combate además de su pago básico por su asignación, y no lo recibía antes de la misma, el pago por combate no se cuenta como ingreso. Contáctese con su escuela para mayor información.
16. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Existen otros programas a los que podamos presentar una solicitud?** Para averiguar cómo presentar una solicitud para SNAP, TANF u otros beneficios asistenciales, contáctese con el Departamento de Servicios Humanos de su localidad o llame al (800) 843-6154 (voz) o al (800) 447-6404 (TTY).

Cordialmente,



T. Ferner
El director de Finanzas y Operaciones

(12/13)

SOLO PARA USO DE LA ESCUELA

1. Todos los integrantes del hogar

Marque si la solicitud es susceptible a errores.

NOMBRE DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

Nombre inicial del Segundo Nombre Apellido	Para sumos solamente:		Para sumos solamente:		Número de Caso SNAP o TANF (si corresponde para cada integrante del hogar) Si proporciona el número de caso SNAP o TANF vaya directamente a la Sección 5	Marque si NO tiene ingresos	Marque si es niño en cuidado de crianza
	Nombre de la Escuela	Grado	Grado	Grado			
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Niños desamparados, inmigrantes, que se han ido del hogar o en el Programa Head Start (Elegibles por categoría)

Desamparado Inmigrante Fugitivo Programa Head Start

Firma del Contacto Escolar para desamparados: _____ Coordinador de Inmigrantes o Director del Programa Head Start _____ Fecha _____

3. Ingreso total bruto del hogar (antes de las deducciones). Indique con qué frecuencia y cuánto dinero recibe.

A. NOMBRES (ENUMERE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR CON INGRESOS)	INGRESO BRUTO Y CADA CUÁNTO SE LO RECIBE (Por ejemplo \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada dos semanas \$100/semana)							
	B. Sueldo proveniente del trabajo (Antes de los deducciones)		C. Asistencia pública, manutención de menores, pensión por divorcio		D. Pensiones jubilación, Seguro Social		E. Compensación para trabajadores Seguro por desempleo SSI, etc	
	Monto	Frecuencia	Monto	Frecuencia	Monto	Frecuencia	Monto	Frecuencia
i.	\$		\$		\$		\$	
ii.	\$		\$		\$		\$	
iii.	\$		\$		\$		\$	
iv.	\$		\$		\$		\$	
v.	\$		\$		\$		\$	

4. Firma y Número de Seguro Social (Requiere la firma de un adulto)

Un adulto que resida en el hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Sección 3, o si no se declaran ingresos en la Sección 1, el adulto que firma la solicitud debe proporcionar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar el casillero que indica "No tengo número de Seguro Social". X X X - X X - No tengo número de Seguro Social.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos mis ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales tomando como base la información que he proporcionado. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente, mis hijos pueden perder el derecho a las comidas y que podrá ser procesado legalmente.

Fecha _____ Nombre del adulto integrante del hogar (Escriba en letra de imprenta) _____ Firma del adulto integrante del hogar _____

5. Datos de contacto (Información opcional)

Teléfono del trabajo (Con código de área) _____ Teléfono del hogar (Con código de área) _____ Domicilio personal (número, calle, ciudad, estado, código postal) _____

6. Raza y origen étnico de los niños (Opcional)

Marque un origen étnico:
 Hispano/Latino No Hispano/Latino
 Marque un origen étnico:
 Asiático Negro o Africano Americano Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
 Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska

7. Compartir la información de la solicitud con el programa All Kids—El programa All Kids es un programa integral de salud para todos los niños de Illinois.

¡No! NO DESEO compartir información sobre mi Solicitud de Elegibilidad con el programa All Kids. Firme aquí: _____

PARA USO ESCOLAR ÚNICAMENTE—LEA utilice la conversión anual para todas las solicitudes del distrito. Convierta los ingresos sólo si se declaran ingresos con distintas frecuencias de cobro.

DETERMINACION INICIAL Conversión de ingreso anual Semanal X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Una vez al mes X 12

INGRESO TOTAL \$ _____ Por: Semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mes Año Cantidad de personas en el hogar: _____ Cambio de condición: _____ Fecha _____

Gratis basado en:
 Desamparado SNAP o TANF Precio reducido basado en: Beneficios negados. Motivo: Temporalmente:
 Inmigrante Niño en cuidado de crianza Ingresos Ingresos demasiado altos gratis Hasta _____ Hasta _____
 Fugitivo Ingresos Solicitud incompleta precio reducido (45 días cada uno como máximo)
 Programa Head Start

Firma del funcionario determinante: _____ Fecha de suspensión: _____
 Fecha: _____

LAS SIGUIENTES SECCIONES NO SE REQUIEREN PARA LOS PROGRAMAS DE LECHE GRATIS O PROGRAMAS DE LECHE EN ILLINOIS.

VERIFICACION (Previa a la verificación y solo para aquellas solicitudes seleccionadas para verificación) Firma del funcionario verificador: _____ Fecha _____

VERIFICACION DIRECTA COMPLETADA <input type="checkbox"/>	DETERMINACION INICIAL	RESULTADOS DE LA VERIFICACION	MOTIVO DE CAMBIO:	NOTIFICACION DE CAMBIO DE ESTADO ENVIADA EL:
FECHA DE ENVIO DE VERIFICACION _____	<input type="checkbox"/> Gratis basado en el número de caso SNAP/ TANF	<input type="checkbox"/> Sin cambio	<input type="checkbox"/> Ingresos \$ _____	_____
FECHA DE VENCIMIENTO PARA LA RESPUESTA DEL HOGAR _____ (SE RECOMIENDA 10 DIAS CORRIDOS)	<input type="checkbox"/> Gratis basado en ingresos	<input type="checkbox"/> De gratis a precio reducido	<input type="checkbox"/> Tamaño del hogar: _____	_____
FECHA METODO RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO (SE RECOMIENDA 3 DIAS HABILES)	<input type="checkbox"/> Precio reducido basado en ingresos	<input type="checkbox"/> De gratis a pago	<input type="checkbox"/> Cambio en SNAP/TANF	FECHA DE VIGENCIA DEL CAMBIO DE ESTADO:
Resultados _____	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Contacto personal	<input type="checkbox"/> De precio reducido a gratis	<input type="checkbox"/> No respondió	_____
		<input type="checkbox"/> De precio reducido a pago	<input type="checkbox"/> Otro: _____	Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD - LLENE UN FORMULARIO POR HOGAR POR DISTRITO ESCOLAR

SI SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA SNAP OR TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

Sección 1: Enumere todas las personas que viven en su hogar, indique la escuela y el grado para cada alumno, y el número de caso SNAP o TANF por cada miembro de su hogar, incluso los adultos que reciben dichos beneficios. (Adjunte otra hoja si fuera necesario).

Sección 2: Omite esta sección.

Sección 3: Omite esta sección.

Sección 4: Firme el formulario. (No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social).

Sección 5, 6, 7: Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids. Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

SI NINGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA SNAP O TANF, Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR ES UN NIÑO DESAMPARADO, INMIGRANTE O SE HA IDO DEL HOGAR, O PARTICIPA DE LOS PROGRAMAS HEAD START O EVEN START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

Sección 1: Enumere todas las personas que viven en su hogar e indique la escuela a la que asiste cada niño.

Sección 2: Si alguno de los niños para los que solicita el beneficio es desamparado, inmigrante o se ha ido del hogar marque donde corresponda y llame a la escuela.

Sección 3: Complete solo si un niño en su hogar no cumple con los requisitos enumerados en la Sección 2. Vea las instrucciones para todos los otros hogares.

Sección 4: Firme el formulario. Proporcione los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social sólo si completa la Sección 3. (Marque el casillero correspondiente si el niño no tiene uno).

Sección 5, 6, 7: Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids. Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

SI SOLICITA BENEFICIOS PARA NIÑOS EN CUIDADO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

Si todos los niños que residen en el hogar son niños en cuidado de crianza bajo la responsabilidad legal de una agencia a cargo de la colocación de niños en hogares de cuidados de crianza o tribunal:

Sección 1: Enumere todos los niños en cuidado de crianza indique la escuela a la que asiste cada niño. Marque el casillero "Niño en Cuidado de Crianza" para cada niño en cuidado de crianza.

Sección 2: Omite esta sección.

Sección 3: Omite esta sección.

Sección 4: Firme el formulario. (No es necesario incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social).

Sección 5, 6, 7: Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids. Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

Si algunos de los niños que residen en el hogar son niños en cuidado de crianza bajo la responsabilidad legal de una agencia a cargo de la colocación de niños en hogares de cuidado de crianza o tribunal:

Sección 1: Enumere todas las personas que viven en el hogar e indique la escuela a la que asiste cada niño. Por cada persona sin ingresos (incluidos los niños) debe marcar el casillero "Sin ingresos". Marque el casillero "Niño en Cuidado de Crianza" para cada niño en cuidado de crianza.

Sección 2: Si alguno de los niños para los que solicita el beneficio es desamparado, inmigrante o se ha ido del hogar marque donde corresponda y llame a la escuela.

Sección 3: Siga estas instrucciones para declarar el total de los ingresos del hogar para éste mes o el mes pasado.

• **Casillero 1–Nombre:** Indique todos los miembros del hogar que tienen ingresos.

• **Casillero 2 –Ingreso bruto y cómo fue obtenido:** Por cada persona que vive en el hogar, indique cada tipo de ingreso obtenido durante el mes. Se debe indicar con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, o una vez al mes. Al reportar las ganancias, asegúrese de incluir el ingreso bruto, no el sueldo en mano. El ingreso bruto es el monto ganado antes de la deducción de impuestos y otros descuentos. Esta información se encuentra en el talón del cheque de pago o su jefe puede proporcionarla. En cuanto a otros ingresos, declare la cantidad de dinero recibido por niño por asistencia pública (welfare), manutención de menores, pensión por divorcio, jubilación, Seguridad Social, Ingreso Suplemental (SSI), beneficios para veteranos de guerra (VA) y beneficios por discapacidad. Bajo todo otro tipo de ingresos, declare beneficios de Compensación para Trabajadores, beneficios por desempleo o huelga, pagos habituales de personas que no residan en su hogar y todo otro tipo de ingresos. No incluya ingresos provenientes de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios de educación federal y pagos realizados por una agencia de colocación por ser familia de crianza. SÓLO las personas que trabajan independientemente pueden declarar los ingresos después de los gastos en la categoría de ganancias provenientes del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad en alquiler. Los militares que participan de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o reciben pago por combate, no incluyan estos montos como parte de sus ingresos.

Sección 4: Un adulto que resida en el hogar debe firmar el formulario y proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (O marcar el casillero correspondiente si no tiene uno).

Sección 5, 6, 7: Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids. Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUSO HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Enumere todas las personas que viven en el hogar e indique la escuela a la que asiste cada niño. Por cada persona sin ingresos (incluidos los niños) debe marcar el casillero "Sin ingresos".

Sección 2: Si alguno de los niños para los que solicita el beneficio es desamparado, inmigrante o se ha ido del hogar marque donde corresponda y llame a la escuela.

Sección 3: Siga estas instrucciones para declarar el total de los ingresos del hogar para éste mes o el mes pasado.

• **Casillero 1–Nombre:** Indique todos los miembros del hogar que tienen ingresos.

• **Casillero 2 –Ingreso bruto y cómo fue obtenido:** Por cada persona que vive en el hogar, indique cada tipo de ingreso obtenido durante el mes. Se debe indicar con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, o una vez al mes. Al reportar las ganancias, asegúrese de incluir el ingreso bruto, no el sueldo en mano. El ingreso bruto es el monto ganado antes de la deducción de impuestos y otros descuentos. Esta información se encuentra en el talón del cheque de pago o su jefe puede proporcionarla. En cuanto a otros ingresos, declare la cantidad de dinero recibido por niño por asistencia pública (welfare), manutención de menores, pensión por divorcio, jubilación, Seguridad Social, Ingreso Suplemental (SSI), beneficios para veteranos de guerra (VA) y beneficios por discapacidad. Bajo todo otro tipo de ingresos, declare beneficios de Compensación para Trabajadores, beneficios por desempleo o huelga, pagos habituales de personas que no residan en su hogar y todo otro tipo de ingresos. No incluya ingresos provenientes de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios de educación federal y pagos realizados por una agencia de colocación por ser familia de crianza. SÓLO las personas que trabajan independientemente pueden declarar los ingresos después de los gastos en la categoría de ganancias provenientes del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad en alquiler. Los militares que participan de la iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o reciben pago por combate, no incluyan estos montos como parte de sus ingresos.

Sección 4: Un adulto que resida en el hogar debe firmar el formulario y proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (O marcar el casillero correspondiente si no tiene uno).

Sección 5, 6, 7: Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids. Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

Declaración Sobre la Protección de la Información Privada: **A continuación se explica cómo utilizamos la información que usted proporciona.** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que se proporcione la información solicitada en esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos otorgar comidas gratuitas o a precios reducidos para su niño. Deberá proporcionar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud. No se requiere proporcionar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social cuando se hace la solicitud en nombre de un niño en cuidado de crianza cuando se proporciona el número de caso SNAP, TANF, FDPIR o todo otro número de caso de servicios sociales que identifique a su niño, o cuando usted indique que el adulto miembro del hogar que firma la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Utilizaremos la información provista para determinar si su niño cumple con los requisitos para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PUEDE QUE compartamos la información sobre su elegibilidad con programas educativos, de salud y alimentación para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisión de programas y con autoridades públicas para ayudarlos a investigar la violación de los reglamentos del programa.

Política de No-Discriminación: **A continuación se explica cómo proceder si usted cree que ha sido tratado injustamente.** "De conformidad con la Ley Federal y la política del Ministerio de Agricultura de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación escriba a: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (866) 632-9992 (voz). Las personas con dificultades auditivas o los sordomudos pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio Telefónico para Sordomudos llamando al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Servicio en español). USDA es un prestador y empleador que ofrece igualdad de oportunidades".