

SOLICITUD PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS

Año Escolar 2018-2019

Este Formulario para la Solicitud de Beneficios Educativos para Programas de Fondos Estatales y Federales para las Escuelas es proporcionado a pedido de las familias con niños que asisten a escuelas del Distrito 279.



**¡IMPORTANTE!
¡POR FAVOR
LEER!**

LAS SOLICITUDES POR INTERNET

son la manera más rápida y fácil de completar una solicitud y recibir cartas de aprobación.

- Reciba comidas escolares nutritivas para sus hijos gratis o a precio reducido
- Ayude a que su escuela reciba fondos educativos o descuentos

HAY DOS FORMAS DE APLICAR para recibir las comidas escolares gratis o a precio reducido:

- 1) Complete la Solicitud para Beneficios Educativos adjunta siguiendo las instrucciones de esta hoja.
- 2) Por Internet en <http://www.district279.org>

Las solicitudes incompletas, difíciles de leer o incorrectas resultarán en la demora de beneficios. Hasta que su solicitud sea procesada, usted deberá proveer el almuerzo para su(s) hijo(s) o darles dinero para comprar las comidas escolares.

Esta información sobre comidas escolares gratis o a precio reducido está disponible en español. Visite el sitio Web www.district279.org para imprimir una copia.

Otros formularios multilingües están disponibles en:
<http://www.fns.usda.gov/cnd/FRP/frp.process.htm>

Al completar esta solicitud, por favor utilice estas formas COMO REFERENCIA SOLAMENTE.

Complete y entregue la Solicitud para Beneficios Educativos en:
Osseo School District Office, School Nutrition Department
11200 93rd Avenue North
Maple Grove, MN 55369-6605

OSSEO AREA SCHOOLS

ISD  279

Estimados Padres y Tutores:

Todas las escuelas en ISD 279 - Escuelas del Area Osseo participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares, donde se sirven comidas nutritivas de desayuno y almuerzo todos los días de la escuela.

Todas las comidas servidas reúnen los estándares nutritivos establecidos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Si un niño fue diagnosticado como discapacitado por un médico y esa discapacidad previene que el niño se alimente con comida regular, nosotros haremos modificaciones o sustituciones prescritas por el médico sin un costo adicional. Por favor pida a su médico que llene el formulario disponible en el Distrito 279 visitando la página Web www.district279.org.

Sus hijos pueden calificar para recibir comida escolar gratis o a un precio reducido. Para solicitarlo, complete la Solicitud adjunta siguiendo las instrucciones. Deberá enviar una solicitud nueva cada año. En las escuelas públicas, su solicitud también ayuda a la escuela a calificar para recibir fondos educativos y descuentos. Fondos estatales ayudan a pagar por las comidas escolares de precio reducido, de esta manera todos los estudiantes que son aprobados para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido, recibirán comidas escolares sin costo alguno. Fondos estatales también ayudan a pagar por el desayuno de los estudiantes de jardín (kindergarten), entonces todos los estudiantes de jardín recibirán el desayuno sin costo alguno.

1. **¿Quién puede recibir comidas escolares gratis?** Los niños que residen en hogares que participan en el programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP) o en el Programa de Distribución de Alimentos para Reservaciones Indias (FDPIR), también los niños que residen en hogares temporales, sin vivienda, emigrantes y niños que se hayan fugado pueden recibir comidas escolares sin tener que reportar el ingreso familiar. Además, los niños también pueden recibir comidas escolares gratuitas si el ingreso familiar está dentro del ingreso máximo de acuerdo al tamaño de su familia.

2. **Yo recibo WIC o Asistencia Médica. ¿Pueden mis hijos recibir comidas escolares gratis?** Los niños en hogares que participan en el programa WIC o reciben Asistencia Médica pueden ser elegibles para recibir comidas escolares gratuitas. Por favor llene una solicitud.

3. **¿Puedo llenar una solicitud aunque un miembro de mi familia no sea ciudadano americano?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos Americanos para calificar para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido

4. **¿A quién debo incluir como miembro de mi hogar?** Inclúyase a sí mismo y a todas las personas que viven en su hogar, parientes o no (tales como abuelos, otros parientes, o amigos).

5. **¿Qué sucede si mis ingresos no son siempre los mismos?** Anote la cantidad que usted recibe usualmente. Si usted generalmente trabaja horas extras, inclúyalo, pero no es necesario si usted trabaja horas extras de vez en cuando.

6. **¿Será verificada la información que yo proporcione?** Sí, y podríamos solicitar que nos proporcione verificación por escrito.

7. **¿Cómo se guardará la información?** La información que usted proporcione en los formularios, y la aprobación de su hijo para los beneficios de comidas escolares, serán protegidas de manera confidencial. El estado de aprobación sobre los beneficios de comida para su hijo puede ser compartido con otros programas de nutrición, de educación o de salud que ofrecen beneficios en base a la aprobación de las comidas escolares. Para mayor información vea la parte trasera de esta Solicitud sobre los Beneficios Educativos.

8. **Si no califico ahora, ¿puedo solicitarlo más tarde?** Sí. Complete una solicitud en cualquier momento si sus ingresos disminuyen, el tamaño de su familia aumenta o si comienza a recibir beneficios de SNAP, MFIP o FDPIR.

Si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al 763-391-7129, entre las 7:00 AM y las 3:00 PM.

***ACTUALIZACIÓN SOBRE LA LECHE ESCOLAR**

NOTA: Los niños que hayan sido aprobados para recibir comida escolar GRATIS/ PRECIO REDUCIDO y elijan traer comida de su hogar (en lugar de comer el desayuno/almuerzo hecho en la escuela) no son elegibles para recibir leche "Gratis" ese día. LA LECHE GRATIS SÓLO ESTÁ DISPONIBLE SI EL NIÑO COME EL DESAYUNO/ALMUERZO PROVEIDO A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE COMIDAS ESCOLARES.

Los programas escolares de desayuno/almuerzo requieren que se sirva la leche líquida como uno de los componentes de los grupos de alimentos básicos. Se ofrecerá leche de bajo contenido graso, sin crema, y leche descremada con sabor.

Para los estudiantes que sufren de intolerancia a la lactosa, ofreceremos leche de bajo contenido en lactosa una vez que hayamos recibido por escrito una petición por parte de un padre o tutor. La intolerancia a la lactosa no deber ser confundida con las alergias alimentarias. La USDA requiere que aquellos estudiantes que sufren de una reacción alérgica a la leche proporcionen una declaración médica firmada si quieren recibir una bebida sustituta.

2018-2019 PRECIOS DE ALMUERZO/DESAYUNO ESCOLAR

Almuerzo de Primaria "Pagado"	\$ 2.55
Almuerzo de Intermedia "Pagado"	\$ 2.70
Almuerzo de Preparatoria "Pagado"	\$ 2.85
Almuerzo "Reducido"	\$.00
Desayuno de Primaria "Pagado"	\$ 1.55
Desayuno de Secundaria "Pagado"	\$ 1.60
Desayuno "Reducido"	\$.00
Leches	\$.50*

2018 - 2019 ISD 279 ESCUELAS PÚBLICAS DEL ÁREA DE OSSEO ISD 279 Solicitud para Beneficios Educativos

DATE RECEIVED

1 Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), MFIP, o Beneficios Fdpir Si usted recibe ahora beneficios de Apoyo de Alimentos (SNAP), MFIP, o Fdpir, escriba su número de CASO y marque la opción correspondiente en esta casilla. **NO SU NÚMERO DE ASISTENCIA MÉDICA**

2 Si sus hijos están aprobados para recibir beneficios de comidas escolares, es posible que esta información sea compartida con los programas de Ciudadanos de Salud de Minnesota para identificar a los niños elegibles para Programas de Ciudadanos de Salud de Minnesota. Vea las instrucciones para mayor información. Deje la casilla en blanco para permitirnos compartir la información. No es necesario que compare esta información, su decisión no afectará que aprobemos los beneficios de comidas escolares.

3 INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: Escriba la fecha de nacimiento, apellido y nombre, junto con el grado y la escuela de CADA ESTUDIANTE en el hogar que asista a las Escuelas del Área de Osseo ISD 279. Favor de incluir cualquier ingreso que el estudiante reciba en la columna de Ingresos Mensuales del Estudiante

Solo para Uso del Centro de Nutrición		Fecha de Nacimiento	Apellido del Estudiante	Nombre del Estudiante	Grado	Escuela	SALARIO:	Frecuencia?
M	M	D	D	Y	Y		\$ \$ \$ \$	(M) (2M)
M	M	D	D	Y	Y		\$ \$ \$ \$	(M) (2M)
M	M	D	D	Y	Y		\$ \$ \$ \$	(M) (2M)
M	M	D	D	Y	Y		\$ \$ \$ \$	(M) (2M)
M	M	D	D	Y	Y		\$ \$ \$ \$	(M) (2M)
M	M	D	D	Y	Y		\$ \$ \$ \$	(M) (2M)
M	M	D	D	Y	Y		\$ \$ \$ \$	(M) (2M)
M	M	D	D	Y	Y		\$ \$ \$ \$	(M) (2M)

4 A los efectos de los beneficios de comidas escolares, los miembros de su hogar son "cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no esté relacionado". Anote el nombre completo de cada miembro del hogar que no aparece en el Paso 3 y sus ingresos en dólares enteros. Si una persona no tiene ingresos, escriba 0 o deje en blanco. Esta es su certificación (promesa) de ningún ingreso para informar. Incluya a cualquier estudiante universitario temporalmente fuera de casa.

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: NO INCLUYA A LOS ESTUDIANTES ANOTADOS ARRIBA. Indique frecuencia del ingreso (M) = Mensual, (W) = Semanal, (2W) = Cada dos semanas, o (2M) = Cada dos meses) marcando el círculo apropiado

Apellido, Nombre	Ingreso total de su trabajo. No ponga sus ingresos por hora. Ingreso Neto después de los gastos del negocio.	Granja o Auto-Empleo. Ingreso Neto después de los gastos del negocio.	Pagos Recibidos por Asistencia Pública, Pension por los hijos, Pension conyugal	Otros Ingresos: Pensión, retiro, discapacidad, desempleo, beneficios para Veteranos, etc.
7	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
8	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
9	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$
	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$	\$ \$ \$ \$

5 **ESCRIBA EL NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DE SU HOGAR.** Esta cantidad de nombres debe ser igual al número de nombres de las Partes 3 y 4.

6 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, Teléfono del Hogar

IDENTIDAD RACIAL (Opcional): Indio Americano o Nativo de Alaska, Negro o Africanoamericano, Asiatco, Blanco, Otro

IDENTIDAD ÉTNICA (Opcional): De Origen Latino o Hispano, No Hispano o de Origen Latino

FECHA FIRMADO: MM DD AA

*CERTIFICACIÓN: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y todos los ingresos son reportados. Comprendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que he dado y comprendo que las autoridades escolares pueden verificar la información. Comprendo que si doy información incorrecta a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas escolares y yo puedo ser demandado.

SÓLO EL INGRESO DEL ESTUDIANTE del hijo. Escriba el salario y SSI

¿Sabía usted que si califica para comidas gratis o reducidas, también puede recibir honorarios gratuitos o reducidos por otros programas relacionados con la escuela? Si marca esta casilla: Child Nutrition podrá revelar su elegibilidad de comida gratis / reducida a otros funcionarios escolares apropiados con el propósito de recibir asistencia o una exención para otros programas relacionados con la escuela. Al dejar la casilla en blanco: Significa que otros programas de Osseo Area School no tendrán acceso a su elegibilidad, y será su responsabilidad proporcionar esta información a ellos para recibir los honorarios exentos o reducidos.

COMPORTE MI INFORMACIÓN: NO TENGO

Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social del Adulto

FIRMA: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si la Parte 4 es llenada, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social. Escriba el número o marque la casilla de "NO TENGO SSN". (Vea la Declaración del Acta de Privacidad al dorso de esta página.)

*FIRMA REQUERIDA

Escriba su nombre y apellido en las casillas de abajo.

SPANISH 17160000 / 17

SOLICITUD PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS/COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO - AÑO ESCOLAR 2018/2019

CÓMO LLENAR ESTA SOLICITUD – FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE, TINTA NEGRA Y LETRA MAYÚSCULA. COMPLETE UNA SOLICITUD POR CADA HOGAR.

PARTE 1 Escriba el número de caso en el espacio proporcionado, si recibe ayuda de cualquiera de los siguientes Programas: Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Minnesota Family Investment Plan (MFIP), Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) si es aplicable.

PARTE 2 Compartiendo la Información con Programas de Cuidados de Salud de Minnesota – Los niños que califican para recibir beneficios para comidas escolares pueden también calificar para Programas de Cuidados de Salud de Minnesota. El estatus de elegibilidad de sus hijos para alimentos escolares (alimentos gratuitos o a precio reducido) puede ser compartido con los Programas de Cuidados de Salud de Minnesota a menos que usted nos diga lo contrario. No es necesario que usted comparta esta información para este propósito y su decisión no afectará la aprobación de los beneficios para los alimentos escolares.

PARTE 3 Escriba la fecha de nacimiento, apellido, nombre, grado, escuela e ingresos de cada estudiante inscrito en la escuela. Los ingresos a reportar incluyen el sueldo del estudiante, salario y el SSI del estudiante. Escriba "0" si no recibe un ingreso. No incluya los ingresos que sólo son ocasionales, como el cuidado de niños o la siega del césped.

PARTE 4 Escriba el apellido y nombre de TODAS las personas que viven en su hogar, pero NO incluya el nombre de los estudiantes de la PARTE 3. Hogar se refiere al grupo de personas, ya sean parientes o no, que viven y actúan como una unidad económica compartiendo gastos tales como: renta, ropa, comida, cuentas médicas, y facturas de servicios. Si el individuo no tiene ingresos, usted debe escribir una X en la casilla junto al nombre de ese individuo. Escriba la frecuencia y el ingreso ANTES DE LAS DEDUCCIONES en la columna apropiada. Si el ingreso es "0", favor de explicar cómo se provee de comida y vivienda.

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS, DIFÍCILES DE LEER, O INCORRECTAS DEMORARÁN LA ENTREGA DE BENEFICIOS.

AVISO: Si usted actualmente es parte del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), Sustento de Alimentos (SNAP), MFIP, o FDPIR, su(s) hijo(s) inscrito(s) puede(n) calificar para comidas gratis. La Asistencia Médica no califica.

SOLICITANDO BENEFICIOS: Usted puede aplicar para solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no califica ahora, pero en el futuro su ingreso baja, pierde su trabajo, el tamaño de su familia crece, o usted califica para beneficios de SNAP, MFIP o FDPIR, usted puede llenar una aplicación en ese momento.

SIN DISCRIMINACIÓN: Los niños que reciben comidas gratis o a precio reducido deben ser tratados de la misma manera que aquellos niños quienes pagan por sus comidas.

VERIFICACIÓN: Si usted somete una solicitud y es aprobada, la solicitud debe ser verificada por el distrito y/o el Departamento de Educación de MN en cualquier momento durante el año escolar. Los oficiales escolares pueden pedir documentación para demostrar que su(s) hijo(s) califica(n) para recibir comidas gratis o a precio reducido. El estatus de elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratis o a precio reducido puede ser verificado con cualquier información disponible para este propósito, incluyendo información del Departamento de Seguridad Económica, Departamento de Hacienda, y Servicios Humanos de MN.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: La solicitud debe tener el número de seguro social del adulto que firma. Esto es requerido por la Ley Nacional de Almuerzos Escolares. Si el adulto no tiene un número de seguro social, marque la casilla proporcionada para mostrar que el adulto no tiene un Número de Seguro Social. Si tiene un número de caso de Estampillas de Alimentos, MFIP o FDPIR, o si la solicitud es para un niño en hogar temporario, no es necesario un Número de Seguro Social.

DECLARACIÓN DEL ACTA DE PRIVACIDAD/ CÓMO SERÁ UTILIZADA LA INFORMACIÓN: El Acta Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere esta información en la aplicación. Usted no tiene que dar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar su aplicación para almuerzo gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro de la familia que firme la aplicación. El Número de Seguro Social es necesario cuando usted está aplicando a nombre de un niño en hogar temporario, o si usted está proporcionando un número activo de Asistencia Alimentaria MFIP, SNAP o FDPIR, o que usted indique que el miembro de la familia que está firmando la aplicación no tiene un número de Seguro Social.

Sólo los funcionarios autorizados tendrán acceso a la información que usted proporciona en este formulario. Nosotros utilizaremos su información para determinar si su hijo califica para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido y para programas de administración y cumplimiento de comidas escolares. Puede que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarnos a evaluar, recaudar fondos, o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisiones de programas y oficiales de la ley para ayudarnos a investigar violaciones de las reglas de programas. Requerimos su consentimiento por escrito antes de compartir esta información para otros propósitos.

Por favor, proporcione la información solicitada acerca de la raza de los niños y la identidad étnica. Esta información es necesaria y no afecta la aprobación de los beneficios del programa. Utilizamos los porcentajes de participantes en cada categoría racial/étnica para verificar que nuestro programa es operado de manera no discriminatoria de acuerdo con las leyes federales de derechos civiles. En los distritos públicos escolares, el estatus de elegibilidad de cada estudiante es registrado en un sistema computarizado a nivel estatal utilizado para reportar información al Departamento de Educación de Minnesota como requiere la ley estatal. El Departamento de Educación de Minnesota usa esta información para: (1) administrar programas estatales y federales; (2) calcular los ingresos compensatorios para las escuelas públicas y (3) juzgar la calidad del programa educativo del estado.

La información proporcionada en este formulario puede ser compartida con los Programas de Cuidados de Salud de Minnesota, a menos que la persona que llene este formulario haya marcado la casilla en el paso número 2 para no compartir esta información con este propósito.

AUDIENCIA JUSTA: Usted puede hablar con las autoridades de la escuela si usted no está de acuerdo con la decisión sobre su solicitud o los resultados de la verificación. Usted también puede pedir una audiencia justa. Puede hacer esto al llamar o escribir a: Jeff Ansonge, 11200 93rd Avenue North, Maple Grove, MN 55369, (763) 391-7064.

PARTE 5 Suma la cantidad total de personas que viven en su hogar anotadas en las Partes 3 y 4 y escriba ese número.

PARTE 6 Escriba su dirección y número de teléfono.

PARTE 7 Compartiendo información con Escuelas del Área de Osseo: Los niños que son elegibles para recibir beneficios de comidas escolares pueden ser elegibles para recibir tarifas reducidas o gratuitas en las Escuelas del Área de Osseo. El estatus de elegibilidad de su hijo para las comidas escolares (calificadas para comidas gratis o a precio reducido) puede ser compartido con otros programas de Osseo Area School. No está obligado a compartir información para este propósito y su decisión no afectará la aprobación de los beneficios de comidas escolares.

PARTE 8 El adulto llenando la solicitud debe ingresar su Número de Seguro Social. Si usted no tiene un Número de Seguro Social, ponga una X en la casilla proporcionada.

PARTE 9 El adulto llenando la solicitud debe FIRMAR la solicitud y escribir su nombre y la fecha.

IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Por favor proporcione la siguiente información, esta información es utilizada para determinar si la institución esta cumpliendo con las leyes de los derechos civiles. Si esta información se deja en blanco, un representante de la institución deberá identificar la categoría étnica y racial de los participantes para los reportes de los derechos civiles.

INFORME DE INGRESOS

Ingresos de Trabajo	Incluya el salario total, propinas recibidas de su trabajo antes de deducir impuestos u otras deducciones. Incluya su ingreso neto si tiene su propio negocio, guardería o granja.
Ingresos de asistencia social, manutención de hijos, y pensión alimenticia:	Incluya el monto total recibido de asistencia pública, manutención de hijos, asistencia de adopción, y pensión alimenticia.
Ingreso de jubilación, seguro social y discapacidad:	Incluya el monto total recibido de pensión, beneficios de jubilación, pagos a los veteranos, seguro social, ingreso de seguridad suplementario (SSI), y discapacidad.
Ingresos por otros recursos:	Incluya el monto total recibido de otras fuentes incluyendo: retirios de cuentas de ahorro en efectivo; ingresos de rentas; ingresos por seguro de desempleo; contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar; intereses; dividendos; ingresos de patrimonios, fideicomisos, regalías, anualidades; e inversiones.

Solicitudes incompletas, difíciles de leer o incorrectas demorarán los beneficios. Hasta que su solicitud sea procesada, usted deberá proporcionar a su(s) hijo(s) con un almuerzo o darle(s) dinero para comprar el almuerzo de la escuela.

PO R FAVOR PERMITA 10 DÍAS HÁBILES PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD. Nosotros le notificaremos por escrito sobre su estatus (gratis, reducido, denegado). Si usted tiene preguntas, por favor llame al Centro de Nutrición al (763) 391-7129 los días escolares desde las 7:00 a.m. to 3:00 p.m. días de colegio

No podemos aceptar copias de Fax. Por favor envíe el original. Los programas de Nutrición Infantil le dirán cuando su solicitud haya sido aprobada para recibir comidas gratis o a precio reducido o si es denegada. No enviarnos cartas de elegibilidad por fax para proteger la privacidad de la información.

GUÍA DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS:

Utilice la gráfica de abajo para determinar si usted califica para participar del programa de almuerzos gratuitos o a precio reducido. Este programa será efectivo desde el 1 de Julio del 2018 hasta el 30 de Junio del 2019.

Personas En Hogar	Año	Mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$22,459	\$1,872	\$936	\$684	\$432
2	\$30,451	\$2,538	\$1,269	\$1,172	\$586
3	\$38,443	\$3,204	\$1,602	\$1,479	\$740
4	\$46,435	\$3,870	\$1,935	\$1,786	\$893
5	\$54,427	\$4,536	\$2,268	\$2,094	\$1,047
6	\$62,419	\$5,202	\$2,601	\$2,401	\$1,201
7	\$70,411	\$5,868	\$2,934	\$2,709	\$1,355
8	\$78,403	\$6,534	\$3,267	\$3,016	\$1,508
Por cada miembro de familia adicional:				\$666	\$308

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan métodos alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que se solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas a parte del inglés. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.mtake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.