

Instrucciones para el formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP

¡El Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) hace que los buenos alimentos sean una parte regular de la guardería de su hijo! Complete el formulario de *elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP*. Nos ayuda a determinar si su grupo familiar califica para recibir comidas gratis o a un precio reducido. Esto nos dice cuánto dinero entregará el CACFP para respaldar su hogar o centro de cuidado infantil.

Instrucciones

Aquí tiene instrucciones que lo ayudarán a completar el formulario. Antes de comenzar, voltee el formulario para averiguar por qué pedimos esta información. Le dirá de qué modo usamos la información y cuáles son sus derechos. También le dirá cómo comunicarse con el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (Unidad Otates Departamento o Agricultura, USDA) si cree que está recibiendo un tratamiento injusto.

Asegúrese de completar toda la información solicitada. Utilice un bolígrafo para marcar sus respuestas en un formulario. Cuando termine, envíenos el formulario a:

[Información de contacto].

Paso 1:

Enumere a todos los niños de su grupo familiar que vayan a una guardería. Use un renglón para indicar el nombre de cada niño. Escriba una sola letra en cada casillero. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más niños, agregue sus nombres en una segunda hoja de papel.

¿Tiene hijos que hayan sido colocados en cuidados sustitutos con usted? Si la respuesta es *Sí*, marque el casillero *Niño en cuidados sustitutos* al lado del nombre del niño. Si solamente está presentando solicitud para niños en cuidados sustitutos, termine el Paso 1 y diríjase al Paso 4. Si está presentando solicitud para niños tanto en cuidados sustitutos como no, diríjase al Paso 2.

¿Alguno de los niños es un inmigrante, escapado de su hogar, indigente, o está inscrito en Head Start? Si la respuesta es *Sí*, marque los casilleros correctos al lado del nombre del niño y diríjase al Paso 4.

Paso 2:

Usted califica para recibir comidas gratis si vive en un grupo familiar que recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Suplementar Nutrición Asístanse Programa, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporario Asístanse por Neidy Familias, TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Nativas (Food Distribución Programa en Indian Reservativos, FDPIR).

¿Algún miembro del grupo familiar, usted incluido, recibe actualmente SNAP, TANF o FDPIR? Si la respuesta es *sí*, escriba el número de caso en el recuadro y diríjase al Paso 4. Solo debe brindar un número de caso. Si la respuesta es *no*, diríjase al Paso 3.

Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP
Carta a los padres (centros sin alteración de precios)
1 de julio de 2023 - 30 de junio de 2024

Paso 3:

Enumere a todos los miembros del grupo familiar que no haya indicado en el Paso 1. Informe los ingresos actuales para todos los miembros del grupo familia. Saltee este paso si respondió "Sí" en el Paso 2.

¿Cómo informa los ingresos infantiles? Voltee el formulario y use la tabla de *Fuente de ingresos para los niños* para ver si su vivienda tiene ingresos que informar. Escriba el importe en los casilleros en la parte A del formulario. Marque con qué frecuencia de obtiene el importe. Escriba 0 en el casillero si no hay ingresos que informar.

¿Cómo informa los ingresos de los adultos del grupo familiar? Voltee el formulario y use la tabla de *Fuente de ingresos para adultos* para ver si su vivienda tiene ingresos que informar.

En la parte B, indique a todos los adultos en su grupo familiar, usted incluido, incluso si no todos reciben ingresos. Incluya a todos los adultos, como abuelos, otros familiares y amigos que vivan con usted y compartan los ingresos y gastos de la vivienda. Escriba el importe de los ingresos que recibe cada uno en los casilleros al lado de cada nombre. Marque con qué frecuencia recibe el importe. Escriba 0 en el casillero si no hay ingresos que informar.

Asegúrese de informar el importe actual de dinero que obtiene antes de los impuestos. No incluya SNAP, SNAP, WIC, asistencia financiera para estudiantes, o dinero que reciba para un niño en cuidados sustitutos como ingresos.

Cuente la cantidad de niños y adultos en su grupo familiar. Incluya a todos los bebés, niños, estudiantes y adultos. Escriba el número total en el casillero debajo de la lista de adultos del grupo familiar.

¿Usted u otro adulto del grupo familiar tienen un número de Seguro Social? Escriba los últimos cuatro dígitos en los casilleros. Si no tiene número del Seguro Social, marque el casillero *Marcar si no tiene SSN*.

Puntos que recordar:

Si:	Entonces:
Sus ingresos no siempre son los mismos	Indique la cantidad de dinero que obtiene normalmente Por ejemplo, no incluya salario por horas extra si no lo recibe normalmente. Si normalmente sus ingresos son más altos o más bajos, puede indicar sus ingresos anuales en lugar de ello.
Su grupo familiar incluye miembros que no sean ciudadanos	No hace falta que usted o sus hijos sean ciudadanos de Estados Unidos para que califiquen para recibir beneficios de comidas.
Está en las fuerzas armadas	No incluya su Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar (Familia Subsistente Suplementar Allowance, FSSA), paga por combate, o el dinero que recibe por vivienda privatizada. Si fue desplegado, cuente el importe de paga puesto a disposición de su grupo familiar como ingresos.

Paso 4:

Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP
Carta a los padres (centros sin alteración de precios)
1 de julio de 2023 - 30 de junio de 2024

Un adulto del grupo familiar debe firmar este formulario. El signatario promete que toda la información es verdadera y está completa. El formulario NO es válido sin fecha y la firma de un adulto del grupo familiar.

Ingrese en letra de imprenta el nombre, la dirección, y el teléfono o correo electrónico del signatario adulto. Firme y escriba la fecha de hoy en los casilleros marcados.

Opcional

Preguntamos sobre la raza y etnia de sus hijos para asegurarnos de hacer lo posible por servir a nuestra comunidad del mejor modo. No es obligatorio brindar esta información. No le denegarán beneficios a causa de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Solo para uso por parte del patrocinador oficial del CACFP:

Complete la sección de determinación. Si utilizará los ingresos, complete los ingresos totales, con qué frecuencia, tamaño del grupo familiar y elegibilidad. Si se determina según SNAP/TANF, cuidados sustitutos, inmigrante, escapado de casa o indigente, marque el casillero de elegibilidad categórica.

El representante del centro que firme el formulario debe firmar en el casillero de Firma del Funcionario Determinante y colocar la fecha. Si una segunda persona revisa el documento, se debe completar la Firma del Funcionario Confirmante y la fecha.

El Formulario NO ES VÁLIDO sin la firma del Funcionario Determinante y la fecha.

La Carta a los Padres adjunta debe entregarse al distribuir el Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos.

Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP
Carta a los padres (centros sin alteración de precios)
1 de julio de 2023 - 30 de junio de 2024

Julio 1, 2023

Estimado Padre o Tutor:

[Nombre del centro] ofrece comidas y refrigerios saludables a los niños como parte del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP). **[Nombre del centro]** recibe apoyo del CACFP para servir esas comidas. El CACFP brinda más apoyo si los ingresos de su grupo familiar son menores o iguales a los límites en esta tabla:

Estándares federales de ingresos para comidas a un precio reducido para el período entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024		
Tamaño del grupo familiar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1	\$26,973	\$2,248
2	\$36,482	\$3,041
3	\$45,991	\$3,833
4	\$55,500	\$4,625
5	\$65,009	\$5,418

Complete un formulario de *elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP*. Nos ayudará a determinar cuánto apoyo recibe **[Nombre del centro]**. Asegúrese de leer las instrucciones atentamente. Complete toda la información que solicitamos. Solamente podemos aceptar formularios completos. Envíe el formulario completado a:

[Nombre, dirección, correo electrónico]

Gracias por tomarse el tiempo de completar el formulario. ¡Esperamos que su hijo disfrute de las comidas del CACFP!

En la operación de programas de nutrición infantil, no se discriminará a ninguna persona por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con **Randy A. Levan** al **610.820.5333, ext. 218** o a **rlevan@lvconline.org**.

Atentamente,

Firma

Randy A. Levan

Directora de nutrición infantil
Centros infantiles de Lehigh Valley

Formulario de elegibilidad para el beneficio de comidas por ingresos de CACFP
Carta a los padres (centros sin alteración de precios)
1 de julio de 2023 - 30 de junio de 2024

Esta institución es un proveedor de oportunidades igualitarias.

CACFP Elegibilidad de ingresos para beneficios de alimentos (cuidado infantil)

Complete solo una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

PASO 1 Liste a TODOS los niños que van a la guardería (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

<p>Definición de Miembro del hogar: Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no están vinculados.</p> <p>Los niños de acogida temporal (foster) y los niños que cumplen con la definición de Sin hogar, Migrante o Fugitivo son elegibles para recibir alimentos gratuitos.</p>	Primer nombre del niño	Inicial	Apellido del niño	Acogido (Foster)	Migrante	Fugitivo	Sin hogar	Head Start
				<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"/>	<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"/>

Marque todos los que aplican

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDIPIR?

NO > Vaya al PASO 3 SI > Escriba el número de caso aquí y luego vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3) Número de caso:

Escriba solo un número de caso en este espacio

PASO 3 Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió 'Si' al PASO 2)

¿No sabe que ingreso incluir aquí?

Pase la página y revise los cuadros titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La tabla de "Fuentes de ingresos de los niños" lo ayudará con la sección de Ingresos de los niños.

El cuadro "Fuentes de ingresos para adultos" lo ayudará con la sección de Todos los Miembros Adultos del hogar.

A. Ingreso del niño
 A veces los niños ganan o reciben ingresos. Por favor, incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1 de este formulario.
 Todos los miembros adultos del hogar (incluyendo usted mismo)
 Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluyéndose usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar listado, si reciben ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente, solamente redondeando a dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja en blanco cualquier espacio, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para informar.

Nombre de los Miembros Adultos del Hogar (Primer nombre y Apellido)	Ingresos del trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia Pública Pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones / Jubilación Todos los demás ingresos	¿Frecuencia?			
		Semana	Bi-Semana	Mensual	2x al Mes		Semana	Bi-Semana	Mensual	2x al Mes		Semana	Bi-Semana	Mensual	2x al Mes
\$		<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"/>	\$	<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"/>	\$	<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"/>
\$		<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"/>

Ingreso del niño ¿Frecuencia?
 Semanal Bi-Semana Mensual Bi-Mensual
 \$

Número total de miembros del hogar (Niños y Adultos)
 Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar
 Marque aquí si no tiene SSN

PASO 4 Información de Contacto y firma de un adulto ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO COMPLETO A LA ESCUELA A: Insert child care center or home address here.

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares podrían verificar la información. Soy consciente de que, si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de los alimentos, y puedo ser demandado bajo las leyes Estatales y Federales aplicables"

Nombre impreso del adulto que firma el formulario	Firma del adulto	Fecha de hoy
Dirección	Ciudad	Estado
		Código postal
		Teléfono / Correo electrónico



Formulario de inscripción de Niños para el Programa de Alimentos de Cuidado de Niños y Adultos

Organización del Patrocinador Lehigh Valley Children's Centers Contrato #300-39-428--0
 Dirección: 1501 Lehigh Street, Suite 208 Allentown PA 18103 1-800-258-3737, or 610-820-5333

Proveedor:	Dirección:
Padre/Guardian:	Dirección:
Teléfono Hogar	Trabajo:

Fecha de Inscripción: Participa en CACFP SI No Fecha de retiro:

Nombre de niño inscrito (Incluir fecha de nacimiento/año)	DIAS DE ASISTENCIA FAVOR DE VERIFICAR (✓)	Horario niño entra en la semana								Comidas recibidas (✓) Favor de verificar		
		Hora de entrada				Hora de salida					Horario niño atiende escuela	
		Horario varian Please (✓) if necessary									Sale del centro	Regresa al centro
DIAS VARIAN	A M	P M	Horario	A M	P M	Horario						
Nombre	LUNES										Desayuno	
	MARTES										Merienda AM	
	MIERCOLES										Almuerzo	
	JUEVES										Merienda PM	
Fecha de Nacimiento	VIERNES										Cena	
	SABADO										Merienda Tarde	
Edad	DOMINGO											
GENERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M												

Opcional: Marca una identidad étnica y racial Hispano o Latino No Hispano o Latino

Opcional: Marca una o más identidades raciales : Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Blanco Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Negro o Afro Americano

Relación con el proveedor: Niño de Cuido Nieto/a Sobrino/a Propio Foster

Comidas adicionales serán proporcionadas días que escuela este cerrada SI No

Si marca SI, favor de marcar comidas: Desayuno Almuerzo Merienda Cena

Distrito Escolar Elemental ntermedia Superior

Nombre de niño inscrito (Incluir fecha de nacimiento/año)	DIAS DE ASISTENCIA FAVOR DE VERIFICAR (✓)	Horario niño entra en la semana								Comidas recibidas (✓) Favor de verificar		
		Hora de entrada				Hora de salida					Horario niño atiende escuela	
		Horario varian Please (✓) if necessary									Sale del centro	Regresa al centro
DIAS VARIAN	A M	P M	Horario	A M	P M	Horario						
Nombre	LUNES										Desayuno	
	MARTES										Merienda AM	
	MIERCOLES										Almuerzo	
	JUEVES										Merienda PM	
Fecha de Nacimiento	VIERNES										Cena	
	SABADO										Merienda Tarde	
Edad	DOMINGO											
GENERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M												

Opcional: Marca una identidad étnica y racial Hispano o Latino No Hispano o Latino

Opcional: Marca una o más identidades raciales : Asiático Indio americano o Nativo de Alaska Blanco Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Negro o Afro Americano

Relación con el proveedor: Niño de Cuido Nieto/a Sobrino/a Propio Foster

Comidas adicionales serán proporcionadas días que escuela este cerrada SI No

Si marca SI, favor de marcar comidas: Desayuno Almuerzo Merienda Cena

Distrito Escolar Elemental ntermedia Superior

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Padre/Guardian

Proveedor del Hogar

PADRES: Esta institución participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) y recibe un reembolso para proporcionar comidas más nutritivas para su (s) hijo (s). Las regulaciones federales de CACFP requieren que todos los padres y tutores completen un Formulario de inscripción anual de CACFP cuando inscriben a sus hijos y nuevamente cada año a partir de entonces. Esta información ayudará a garantizar que todos los niños reciban las comidas adecuadas durante su cuidado
 LVCC/CACFP 2019



Formulario de inscripción de bebés en CACFP

Centro/Nombre del proveedor: _____

Estimado Padre/Tutor:

Este centro/proveedor de cuidado infantil participa en el Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP) y recibe reembolso del Departamento de Agricultura de EE. UU. (US Department of Agriculture, USDA) por servir comidas nutritivas a bebés conforme a los requisitos del programa. La participación en este programa requiere que los centros/proveedores de cuidado infantil cumplan patrones de comida específicos según la edad del bebé.

Los centros/proveedores de cuidado infantil que participan en el CACFP **tienen la obligación** de ofrecer al menos una leche de fórmula para bebés fortificada con hierro para los bebés que están inscritos a su cuidado. Puede rechazar la leche de fórmula para bebés ofrecida y suministrar leche materna y/o su propia leche de fórmula fortificada con hierro aprobada por el CACFP.

(NOTA: La leche de fórmula fortificada con hierro aprobada por el CACFP debe contener 1 mg de hierro o más de 100 calorías de leche de fórmula al prepararse conforme a las instrucciones de la etiqueta y debe estar regulada por la FDA).

Además, cuando usted termine, junto con su médico, que su hijo está listo desde el punto de vista de desarrollo, el centro/proveedor de cuidado infantil también **tiene la obligación** de ofrecer cereales para bebés fortificados con hierro y otros alimentos para bebés.

Nombre del bebé _____ Fecha de nacimiento del bebé _____

Leche de fórmula fortificada con hierro provista por el centro /proveedor _____

Leche materna y/o preferencia de leche de fórmula

Registrar la fecha para indicar su preferencia (elegir todas las que apliquen) *Comprendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento con notificación por adelantado	Del nacimiento a los -5 meses Fecha e inicial	6- 11 meses Fecha e inicial
Suministraré leche materna extraída para mi bebé.		
Amamantaré a mi bebé en el sitio en el centro/proveedor.		
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil brinde la leche de fórmula para bebés que ofrece a mi bebé.		
Suministraré la leche de fórmula para bebés para mi bebé. (debe estar fortificada con hierro)		
Nombre de la leche de fórmula para bebés que suministraré _____		
Mi bebé tiene una necesidad de dieta especial que requiere una leche de fórmula que no cumple con los criterios de leche de fórmula fortificada con hierro. Entregué al centro/proveedor un Plan médico de cuidado firmado por una autoridad médica con licencia que incluye la limitación que restringe la dieta del bebé, cómo le afecta al bebé y el reemplazo recomendado.		
Nombre de la leche de fórmula para bebés _____		
<input type="checkbox"/> El centro de cuidado infantil proveerá la leche de fórmula. <input type="checkbox"/> Yo proveeré la leche de fórmula.		

Preferencia sobre cereales para bebé y otros alimentos

Registrar la fecha para indicar su preferencia *Comprendo que puedo cambiar mi decisión en cualquier momento con notificación por adelantado	6– 11 meses Fecha e inicial
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil brinde el cereal para bebés fortificado con hierro y otros alimentos a mi bebé.	
Deseo que el centro/proveedor de cuidado infantil suministre todos los alimentos con una excepción. (Esta opción solo aplica si el centro/proveedor suministra leche de fórmula para bebés fortificada con hierro)	
Alimento que suministraré (debe ser un alimento aprobado por el CACFP) _____	
Mi bebé tiene una necesidad de dieta especial que requiere modificaciones a los requisitos de patrones de comidas para bebés. Entregué al centro/proveedor un Plan médico de cuidado firmado por una autoridad médica con licencia que incluye la limitación que restringe la dieta del bebé, cómo le afecta al bebé, los alimentos que hay que evitar y los reemplazos recomendados	
Estoy al tanto y comprendo toda la información provista en este formulario y la posibilidad de que mi bebé participe en el CACFP; sin embargo, rechazo la leche de fórmula para bebés y los alimentos ofrecidos por el centro/proveedor y elijo entregar TODA la leche de fórmula para bebés y alimentos para mi bebé. (El centro/proveedor no podrá reclamar comidas para este bebé)	

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Padre/tutor	Fecha	Firma del centro/proveedor
		Fecha

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o
- (2) **fax:**
 (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.