

## CARTA DIRIGIDA A LOS HOGARES 2010-2011

Queridos padres/guardián:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. Las Escuelas Públicas de Spotsylvania County ofrecen comidas nutritivas cada día escolar. **desayuno para \$ 1.15 primaria secundaria de 1.50 dólares, almuerzo para \$ 2.25 Elementary; secundaria de 2.35 dólares.** Las comidas también se ofrecen gratis o a precio reducido para los estudiantes que cumplen ciertos requisitos. Todas las comidas escolares que se sirven deben cumplir con las normas establecidas por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Sin embargo, si un médico ha determinado que su niño(s) está incapacitado o tiene alguna inhabilidad que no le permite comer la comida regular de la escuela, la escuela hará las sustituciones prescritas por el médico. Si esto ocurre, no se le cobrará nada extra por las comidas escolares. Si su niño(s) necesita sustituciones debido a una incapacidad, por favor comuníquese con nosotros para obtener más información.

Aquellos niños cuyos hogares reciben SNAP (previamente Cupones de Alimentos) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) reúnen las condiciones para recibir comidas gratis independientemente del ingreso. Los niños de acogida (foster children), de los cuales una agencia de bienestar o el tribunal tiene la responsabilidad jurídica, podrían también cumplir con los requisitos para recibir los beneficios independientemente del ingreso del hogar donde residen. La aceptación del niño de acogida se basa en el ingreso del niño. Aquellos niños cuyos hogares participan en WIC podrían también cumplir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido basándose en el ingreso del hogar. Si el ingreso total de su hogar es la cantidad indicada en la tabla Federal de ingresos o menor, su hijo o hijos podrían recibir comidas gratis o a precio reducido a un costo de 30 centavos para el desayuno, 40 centavos para el almuerzo. El uso de la solicitud de su niño del año escolar pasado es solamente válida para los primeros días de este año escolar. Usted debe enviar una nueva solicitud para este año escolar.

### CÓMO HACER LA SOLICITUD

Los hogares que están recibiendo SNAP o TANF para sus hijos es posible que no tengan que llenar una solicitud. Los funcionarios escolares le notificarán a usted si su hijo o hijos califican y ellos recibirán los beneficios gratis, salvo que usted le diga a la escuela que no quiere los beneficios. **Si no recibe una notificación antes del (DATE), usted debe presentar una solicitud.** La solicitud debe tener el nombre del menor, el número de caso de SNAP o TANF y la firma de un adulto del hogar.

**Si usted no recibe beneficios de SNAP o TANF para su hijo o hijos, llene esta solicitud y llévela a la división escolar. Si no escribe un número de caso de SNAP o TANF para su hijo(s)** por cual esta llenando la solicitud, tendrá que escribir los nombres de todos los estudiantes, los nombres de todos los miembros del hogar, la cantidad de ingreso que cada persona recibió el mes pasado y cada qué tiempo recibe el ingreso. La **solicitud debe ser firmada** por un adulto del hogar y esta persona debe incluir su número de seguro social. Si la persona no tiene un número de seguro social, marque la casilla provista.

**Si está haciendo la solicitud para un niño de acogida (foster child),** bajo la responsabilidad legal del tribunal, la solicitud debe tener el nombre del menor, el ingreso del menor para "uso personal" y la firma de un adulto del hogar. Llene una solicitud separada para cada niño de acogida.

**La solicitud que no esté completa no puede ser aprobada. Cualquier solicitud que no esté firmada no está completa.**

**Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.** De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

**OTROS BENEFICIOS:** Su hijo(s) podrían calificar para recibir otros beneficios, como el programa de seguro médico infantil de Virginia conocido como Acceso Familiar a Seguridad de Seguro Médico (FAMIS) y/o Medicaid. La ley permite que la división escolar comparta la información de que usted cumple con los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido con Medicaid y FAMIS. Estos programas pueden usar esta información sólo para identificar niños que podrían recibir seguro médico gratis o a bajo costo y para inscribirlos ya sea en Medicaid o FAMIS. Estas agencias no están autorizadas a usar la información de su solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido para ningún otro propósito. Los funcionarios del Medicaid o FAMIS podrían comunicarse con usted para obtener más información. Usted no está obligado a autorizarnos a compartir esta información con el programa de Medicaid o FAMIS. La decisión que usted tome no afectará la aceptación de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Si usted no quiere que compartamos su información, por favor marque la casilla correspondiente en la Sección 6 de la solicitud. Usted podría calificar para otros programas de asistencia. Para descubrir cómo solicitar SNAP y otras ventajas de la ayuda, comuníquese con su oficina local de servicios sociales.

**CONFIDENCIALIDAD Y AVISO DE DIVULGACIÓN:** Los funcionarios escolares usan la información de la solicitud para determinar si su hijo(s) cumple con los requisitos para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido y para verificar dichos requisitos. Según autorización de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar, la escuela podría darles a los funcionarios de otros programas infantiles de nutrición, salud y educación la información de su solicitud para determinar los beneficios para esos programas o para el financiamiento y/o evaluación.

**VERIFICACIÓN:** Los funcionarios escolares podrían comprobar sus requisitos para los beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Los funcionarios escolares podrían pedirle que envíe información que pruebe que su hijo(s) deben recibir comidas escolares gratis o a precio reducido.

**AUDIENCIA JUSTA:** Si usted no está de acuerdo con la decisión que se ha tomado con su solicitud o los resultados de la verificación, puede conversar al respecto con la escuela. Usted también tiene el derecho a que se le dé una audiencia justa. Puede solicitar una audiencia llamando o escribiéndole al siguiente funcionario:

Nombre: Dr. James Meyer, Assistant Superintendent-Administration Teléfono: 540-834-2500

Dirección: 8020 River Stone Drive, Fredericksburg, Virginia 22407

**RESOLICITUD:** Usted podría solicitar de nuevo comidas escolares gratis o a precio reducido en cualquier momento durante el año escolar. Si no cumple con los requisitos ahora pero se produce un cambio, como por ejemplo una disminución en el ingreso del hogar o un aumento en las personas del hogar, pierde el empleo o recibe SNAP o TANF para su hijo(s), llene una solicitud en ese momento.

**SI NECESITA AYUDA LLENANDO ESTA SOLICITUD, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON LA ESCUELA DE SU HIJO(S) O LA OFICINA CENTRAL.**

A usted se le notificará cuando la solicitud de su hijo(s) sea aprobada o denegada.

Atentamente,

Nombre: Linda M. McGee, Supervisor-Food Services Teléfono: 540-582-7583

**2010-2011 SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO**  
**LLENE SÓLO UNA SOLICITUD POR HOGAR**

Sólo para uso de oficina

Lea las instrucciones al dorso de esta solicitud. Llene, firme y devuelva la solicitud a cualquier escuela de la división. Llame a la escuela si necesita ayuda para llenar esta solicitud.

**Parte 1. Niños en la escuela (Utilice una solicitud separada para cada niño de acogida)**

	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	GRADO	ESCUELA	# IDENT. DEL ESTUDIANTE (si corresponde)	NÚMERO(S) DE SNAP (previamente Cupones de Alimentos) O TANF (si corresponde)
1							
2							
3							
4							
5							
6							

**Si usted recibe SNAP o beneficios TANF para sus hijos, escriba los números de caso arriba. NO llene las partes 2,3 ó 4. Continúe a la parte 5.**

**Parte 2.** Si el menor para el que llena esta solicitud no tiene hogar, es itinerante o se ha escapado de su hogar, marque la casilla apropiada y llame a su escuela y hable con el encargado de las personas sin hogar o el coordinador para personas itinerantes.  Sin hogar  Itinerante  Escapado **Llene las partes 4, 5, 6 y 7.**

**Parte 3.** Si éste es un NIÑO DE ACOGIDA, de quien el tribunal es responsable, marque aquí  y escriba el ingreso mensual para "uso personal" del menor aquí: \$ \_\_\_\_\_. Escriba "0" si el menor no tiene ingreso para uso personal. **NO llene la parte 4. Continúe a la parte 5.** (USE UNA SOLICITUD DIFERENTE PARA CADA NIÑO DE ACOGIDA)

**Parte 4. TODOS LOS DEMÁS HOGARES:** (Llene esta parte sólo si no llenó las parte 3, o si usted no incluyó un número de SNAP o TANF en la parte 1)  
 Escriba los nombres de todos los residentes del hogar, incluyendo niños. Escriba el ingreso bruto antes de las deducciones y díganos **cada cuánto tiempo** se recibe esa cantidad.

Nombres de todos los que viven en el hogar (Incluya a los niños nombrados arriba)  <i>Llene esta parte sólo si no llenó las parte 3, o si usted no incluyó un número de SNAP o TANF en la parte 1</i>	Edad	Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba <b>cada cuánto tiempo</b> se recibe esa cantidad. Use lo siguiente: <b>(W) = Semanal (E) o (2W) = Cada 2 semanas (T) o (2M) = Dos veces al mes (M) = Mensual (Y) = Anual</b>					Marque si no recibe ingreso
		Ingresos por trabajo antes de las deducciones, pagas, salarios, y propinas o beneficios por huelga, compensación por estar desempleado, seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo o ingresos por ser propietario de un negocio.		Asistencia pública, pagos para manutención de niños o de cónyuge	Pensiones, jubilación, seguro social	Cualquier otro ingreso (Vea al dorso del formulario)	
		Trabajo 1	Trabajo 2	\$ Cantidad/Cada cuánto tiempo	\$ Cantidad/Cada cuánto tiempo	\$ Cantidad/Cada cuánto tiempo	
1.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
2.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
3.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
4.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
5.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
6.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
7.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
8.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>

**Parte 5. IDENTIDAD RACIAL:** Usted no está obligado a contestar esta pregunta. Si decide contestarla, haga una marca al lado de una o varias de las siguientes identidades raciales:  
 Asiático  Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska  De raza negra o Afro-Americano  Blanco  Hawaiano o de otra isla del Pacífico

**IDENTIDADES ÉTNICAS:** Por favor marque una de las siguientes:  Hispano o latino  No hispano o latino

**Parte 6. OTROS BENEFICIOS: Medicaid y Seguro Médico:** Su hijo podría reunir los requisitos para otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información contenida en esta solicitud con Medicaid y con el programa de seguro médico para niños de Virginia que se conoce en inglés como FAMIS. Si usted no desea que se comparta esta información, deberá marcar la casilla que dice NO. Su decisión no afectará los requisitos de su menor para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido.

**NO, no deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas escolares gratis o a precio reducido con Medicaid o FAMIS.**

**Parte 6b OTROS:** Necesitamos su permiso para que la escuela pueda utilizar esta información para otros beneficios. **SI**, doy permiso para que la información que aparece en esta solicitud se utilice solo para los programas indicados. Entiendo que renuncio a los derechos de confidencialidad sólo para este propósito específico.

**Parte 7. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Un adulto debe firmar la solicitud y dar un número de Seguro Social para que pueda aprobarse. (Vea la declaración de la Ley de Privacidad al dorso).  
**PENALIDADES POR TERGIVERSACIÓN:** Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de SNAP o TANF es correcto y que todo el ingreso ha sido informado. Entiendo que esta información se ofrece para recibir fondos federales; que funcionarios oficiales quizá verifiquen la información en la solicitud y que la tergiversación deliberada de la información puede dar lugar a una acción judicial en mi contra amparada por las leyes estatales y federales que correspondan.

□□□□-□□□□-□□□□□□

No tengo número de Seguro Social

**FIRME AQUÍ**

Número de Seguro Social del adulto que firma la solicitud Firma del adulto que reside en el hogar Fecha

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

**DO NOT WRITE BELOW LINE- SCHOOL USE ONLY- Sólo para uso de oficina**  
**Yearly Income Conversion for Approving Official When Different Income Frequencies are Reported: Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Monthly X 12**

**TOTAL INCOME/HOW OFTEN:** \$ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **HOUSEHOLD SIZE** \_\_\_\_\_  SNAP  TANF  
 Approved Free  Approved Reduced  Temporary, Expires \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_  
 Denied Reason:  Income Too High  Incomplete

Date Approval/Denial Notice Sent To Household: \_\_\_\_\_ Signature of Approving Official: \_\_\_\_\_

**Transferred/Withdrawn Date:** \_\_\_\_\_ **Transferred To:** \_\_\_\_\_

**VERIFICATION SUMMARY:** Date Selected: \_\_\_\_\_ Date of Confirmation Review: \_\_\_\_\_ Reviewer's Initials: \_\_\_\_\_ Confirmation Result: \_\_\_\_\_

Date Response Due: \_\_\_\_\_ Date of 2<sup>nd</sup> Notice: \_\_\_\_\_ Date Results Notice Sent: \_\_\_\_\_

Verification Results:  No Change  Free to Reduced  Free to Paid  Reduced to Free  Reduced to Paid

Reason for Change:  Income  Household Size  Refused to Cooperate  Change in Food Stamps/TANF

Date: \_\_\_\_\_ Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_

# INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

1. Para solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido, llene **una solicitud para TODOS los niños en el hogar que van a la escuela** y siga las instrucciones siguientes. Firme la solicitud y entréguela en cualquiera de las escuelas de la división escolar. Llame a la escuela si necesita ayuda. Usted debe llenar una nueva solicitud para cada año escolar.

## PARTE 1: INFORMACIÓN SOBRE LOS ALUMNOS: TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA PARTE 1.

1. Escriba los nombres de todos los niños del hogar que van a la escuela.
2. Escriba el grado escolar, el nombre de la escuela y el número de identificación escolar (ID#) de cada niño.
3. Escriba un número de caso vigente de SNAP (previamente Cupones de Alimentos) o de TANF para cada niño. Este número se encuentra en su carta de aprobación. **Si usted escribe un número de SNAP o de TANF, no tiene que escribir el nombre o el ingreso de las personas que residen en su hogar. No hace falta un número de seguro social si se escribe un número de caso de SNAP o TANF. Estos hogares deben SALTAR la Parte 4 y LLENAR las Partes 5, 6 y 7.**
4. Todos los hogares deben firmar la solicitud en la Parte 7. Los hogares que deben escribir su ingreso en la solicitud, también deben escribir el número de seguro social del adulto que firma la solicitud, o deben marcar la casilla si es que no tienen un número de seguro social.

## PARTE 2: Marque la casilla apropiada y póngase en contacto con su escuela para hablar con el encargado de las personas sin hogar o el coordinador para personas itinerantes. Siga las instrucciones PARA TODOS LOS DEMÁS HOGARES al llenar la solicitud.

## PARTE 3: HOGARES CON UN NIÑO DE ACOGIDA DEBEN LLENAR LA PARTE 3 Y LAS PARTES 5, 6 y 7. USE UNA SOLICITUD DIFERENTE PARA CADA NIÑO DE ACOGIDA

La responsabilidad jurídica de un niño de acogida la tiene la agencia de asistencia social o el tribunal.

1. Escriba el ingreso para "uso personal" del niño de acogida. Escriba "0" si el niño de acogida no recibe ingreso para "uso personal". El "ingreso para uso personal" es (a) dinero que se entrega por la agencia de asistencia social y que se asigna para el uso personal del menor en categorías tales como, ropa, pagos a la escuela y gastos personales; y (b) todo el dinero restante que recibe el niño, tal como dinero que recibe de su familia y dinero de su empleo de tiempo completo o regular de tiempo parcial. **No llene la Parte 4.** No escriba el nombre de otros niños, ni de personas que residen en el hogar o su ingreso.
2. El padre o madre de acogida o otro funcionario que represente al niño debe firmar la solicitud en la Parte 7. No hace falta un número de seguro social. Llene una solicitud para cada niño de acogida.

## PARTE 4: TODOS LOS DEMÁS HOGARES QUE **NO TIENEN UN NÚMERO DE SNAP O DE TANF EN LA PARTE 1, incluyendo hogares que reciben WIC, DEBEN LLENAR LAS PARTES 4, 5, 6 y 7.**

1. Escriba los nombres de todas las personas en su hogar, incluso de las personas que no reciben ingreso. Inclúyase usted, todos los niños que van a la escuela, todos los demás niños, su cónyuge, abuelos y demás personas, aunque no sean familiares que residen en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
2. Escriba el ingreso de cada persona en su hogar durante el **mes pasado**, antes de la deducción de impuestos u otras cosas. Indique cada qué tiempo se recibe esa cantidad. Por ejemplo, escriba el ingreso bruto de cada persona por su trabajo. La cantidad deberá aparecer en su recibo de pago. Esto no es igual al dinero que usted se lleva para la casa. Es la cantidad antes de descontar los impuestos y otras deducciones. Junto a la cantidad escriba cada qué tiempo la persona recibió esa cantidad. Si el **mes pasado** la persona recibió una cantidad mayor o menor que la habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona.
3. Si usted recibe un subsidio para vivienda fuera de la base, debe ser incluido como parte de su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, usted no necesita incluir el subsidio para vivienda como parte de su ingreso.
4. Si usted recibe pago de combate además de su pago básico debido a su despliegue, y no fue recibido antes de que lo desplegaran, el pago de combate no se cuenta como ingreso.
5. Un adulto que reside en el hogar debe firmar la solicitud en la Parte 7 y poner su número de seguro social o marcar la casilla si es que no lo tiene.

## DISTINTOS TIPOS DE INGRESO Y CÓMO INFORMARLOS EN LA SOLICITUD

<b>EJEMPLO</b>	Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba <b>cada qué tiempo</b> se recibe esa cantidad, por ejemplo: <b>(W) = Semanal (E) o (2W) = Cada 2 semanas (T) o (2M) = Dos veces al mes (M) = Mensual (Y) = Anual</b>						
	<b>Edad</b>	<b>Ingresos del trabajo</b> Antes de deducciones, pagas, salarios, y propinas, o beneficios por huelga, compensación por estar desempleado, seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo, ingresos netos por ser propietario de un negocio o una finca.		<b>Asistencia social/ Manutención de hijos/Manutención del cónyuge</b> Pago de asistencia pública, pagos de asistencia social, para la manutención del cónyuge o de hijos	<b>Pensiones/ jubilación/ seguro social</b> Pensiones, Ingreso de seguro social suplementario, ingreso de jubilación, pagos por veterano, seguridad social	<b>Otros ingresos</b> Beneficios por incapacidad, efectivos sacados de ahorros, interés/dividendos, ingresos de caudales hereditarios/fideicomiso/inversiones, contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar, regalías netas/ anualidades/ ingresos netos de rentas, cualquier otro ingreso	Marque si no tiene ingreso
		Trabajo 1	Trabajo 2				<input type="checkbox"/>
(Ejemplo) <i>Jane Smith</i>	42	<u>\$200/W (Semanal)</u>	<u>\$100/E (Cada 2 semanas)</u>	<u>\$150/M (Mensual)</u>	<u>\$100/M (Mensual)</u>	<u>\$50/T (Dos veces al mes)</u>	<input type="checkbox"/>

## PARTE 5: IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA:

Responda a la pregunta de identidad racial/étnica si desea. No tiene que responder a esta pregunta para recibir beneficios de comida. Necesitamos esta información para asegurarnos que se tratan a todos de manera justa.

**PARTE 6 y 6b: OTROS BENEFICIOS:** Usted podría reunir los requisitos para recibir otros beneficios. Vea la Parte 6 de esta solicitud. Para obtener los beneficios de comida, no tiene que llenar esta sección.

## PARTE 7: FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA PARTE 7.

1. FIRME AQUÍ. Un adulto residente en el hogar debe firmar la solicitud.
2. La solicitud debe tener el número de seguro social del adulto que firma. Si el adulto que firma no tiene un número de seguro social, deber marcar la casilla  No tengo número de seguro social. Si usted escribió un número de SNAP o de TANF para cada niño, o si la solicitud es para un niño de acogida, no hace falta un número de seguro social.

## Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de SNAP (previamente el programa de Cupones para Alimentos), Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) o otro identificador de FDPIR para su niño, o si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para las comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la aplicación de los programas del almuerzo y del desayuno. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

**Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.** De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.