

**2022-23 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)**  
**Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar**

Estimado Padre/Guardián:

Esta carta les informa como sus hijos pueden obtener comida gratuita o a precio reducido además de información sobre otros beneficios. El costo de comidas escolares está a continuación.

| PRECIO REGULAR |          |          |          |
|----------------|----------|----------|----------|
| Nivel de grado | Desayuno | Almuerzo | Merienda |
| K-6            | \$1.50   | \$3.00   | \$       |
| 7-12           | \$1.75   | \$3.75   | \$       |
|                | \$       | \$       | \$       |
|                | \$       | \$       | \$       |

| PRECIO REDUCIDO |          |          |          |
|-----------------|----------|----------|----------|
| Nivel de grado  | Desayuno | Almuerzo | Merienda |
| K-6             | \$ 0.00  | \$ 0.00  | \$       |
| 7-12            | \$ 0.00  | \$ 0.00  | \$       |
|                 | \$       | \$       | \$       |
|                 | \$       | \$       | \$       |

**¿QUIÉN DEBE COMPLETAR LA SOLICITUD?**

Complete la solicitud si:

- El ingreso total de su grupo familiar es IGUAL o MENOR que el monto indicado en la tabla
- Usted recibe ayuda del programa Basic Food, forma parte del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitada (TANF, por sus siglas en inglés) para sus hijos
- Solicita asistencia para un niño de crianza temporal que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte

Entregue su solicitud a **FOOD SERVICES – 20420 – 68TH AVE W EDMONDS, WA 98036 OR YOUR CHILD’S SCHOOL.**

Asegúrese de presentar UNA SOLA solicitud por grupo familiar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o rechazada. Si algún niño por cual usted está presentando una solicitud está sin hogar (McKinney-Vento), o migrante, marque el casillero que corresponda.

**¿QUÉ SE CONSIDERA COMO INGRESO? ¿QUIÉNES SE CONSIDERAN MIEMBROS DE MI GRUPO FAMILIAR?**

Observe la tabla de ingresos a continuación. Busque el tamaño de su grupo familiar. Busque el ingreso total de su grupo familiar. Si los miembros de su grupo familiar cobran el salario a diferentes momentos durante el mes y usted no está seguro si su grupo familiar reúne los requisitos, complete una solicitud y nosotros determinaremos su elegibilidad de acuerdo con su ingreso. La información que brinde se usará para determinar la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis. Si desea realizar alguna consulta sobre la solicitud de beneficios de comidas para niños de crianza temporal, por favor contáctenos al **425-431-7078**

| TABLA DE INGRESO                                   |          |         |                   |                  |         |
|--|----------|---------|-------------------|------------------|---------|
| Vigente desde 1º de julio 2022 a 30ª de junio 2023 |          |         |                   |                  |         |
| Tamaño del Grupo familiar                          | Anual    | Mensual | Dos veces por mes | Cada dos semanas | Semanal |
| 1  | \$25,142 | \$2,096 | \$1,048           | \$967            | \$484   |
| 2  | \$33,874 | \$2,823 | \$1,412           | \$1,303          | \$652   |
| 3  | \$42,606 | \$3,551 | \$1,776           | \$1,639          | \$820   |
| 4  | \$51,338 | \$4,279 | \$2,140           | \$1,975          | \$988   |
| 5  | \$60,070 | \$5,006 | \$2,503           | \$2,311          | \$1,156 |
| 6  | \$68,802 | \$5,734 | \$2,867           | \$2,647          | \$1,324 |
| 7  | \$77,534 | \$6,462 | \$3,231           | \$2,983          | \$1,492 |
| 8  | \$86,266 | \$7,189 | \$3,595           | \$3,318          | \$1,659 |
| Por cada miembro adicional agregar:                | \$8,732  | \$728   | \$364             | \$336            | \$168   |

**EL GRUPO FAMILIAR** se compone de todos los individuos, incluyendo padres, hijos, abuelos, y todas las personas, familiares o no, que viven en su hogar y comparten los gastos de subsistencia. Si completa la solicitud para un grupo familiar con un niño de crianza temporal, usted puede incluir el niño de crianza temporal en el tamaño total del grupo familiar.

**EL INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR** es el ingreso que cada miembro del grupo familiar recibe antes de impuestos. Eso incluye salarios, seguro social, pensiones, desempleo, asistencia pública, manutención de menores, pensión alimentaria, y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye un niño de crianza temporal como parte del grupo familiar, también debe incluir el ingreso personal del niño de crianza. No reporte como ingresos los pagos relacionados con los niños de crianza temporal.

**¿QUÉ DEBE DE INCLUIR EN LA SOLICITUD?**

**A. Para grupos familiares que no reciben asistencia:**

- Nombre del estudiante
- Los nombres de todos los miembros del grupo familiar
- Ingreso por origen de todos los miembros del grupo familiar
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar
- Últimos 4 dígitos del número de seguro social del adulto miembro del grupo familiar que firmo la solicitud (o marque el casillero ‘no tengo un número de seguro social’)

Complete las Partes 1, 2, 3, 4, y 5; Parte 6 & 7 es opcional.

**B. Para grupos familiares con niño(s) de crianza temporal solamente**

- Nombre del estudiante
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar

Complete las Partes 1 y 5; Parte 6 es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación del tribunal que le ubicó el (los) niño(s) de crianza temporal en lugar de completar un formulario de solicitud.

Últimos 4 dígitos del Número de seguro social no se requiere para B.

**2022-23 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)**  
**Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar**

**C. Para una familiar recibiendo asistencia Basic Food/TANF/FDPIR:**

- Indique el nombre de todos estudiantes
  - ~~Indique un número de caso~~
  - Firma de un miembro adulto del grupo familiar
- Complete las Partes 1, 2, 4, y 5; Parte 6 & 7 es opcional.**  
**Últimos 4 dígitos del Número de seguro social no se requiere para C.**

**D. Para grupos familiares con niño(s) de crianza temporal y otros niños:**

Complete la solicitud como un grupo familiar e incluya los niños de crianza. Siga las instrucciones indicadas para 'A'. Grupos familiares que no reciben asistencia" e incluya el ingreso del niño de crianza temporal para uso personal.

**¿QUÉ SUCEDE SI NO RECIBO DÓLARES DEL PROGRAMA BASIC FOOD?**

Si usted ha sido aprobado para recibir Comidas Básicas (Basic Food) pero no recibe el dinero de Comidas Básicas, usted podría ser elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido. Usted debe presentar una solicitud para beneficios de comidas llenando una solicitud de comidas y devolviéndola a la escuela de su hijo/a.

**MIS HIJOS CALIFICAN AUTOMATICAMENTE ¿SI TIENEN UN NÚMERO DE CASO?**

Sí. Los niños en el programa TANF o alimentos básicos pueden recibir comidas gratis y algunos niños que reciben beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido sin que el hogar tenga que completar una solicitud. La escuela identifica a esos niños mediante un proceso de correspondencia de datos. Esa lista con las correspondencias luego se pone a disposición del personal del servicio de comedor de la escuela de su hijo. Los estudiantes que figuran en esa lista obtienen comidas sin cargo si su escuela cuenta con el programa de desayunos y/o almuerzos sin cargo y a precio reducido (no todas las escuelas lo tienen). Contáctenos de inmediato si cree que su hijo debe recibir comidas sin cargo y no lo hace. Si usted no quiere que su hijo participe en el programa de comidas gratuitas por este método, por favor infórmelo a la escuela.

**SI ALGÚN MIEMBRO DE MI GRUPO FAMILIAR TIENEN UN NÚMERO DE CASO, ¿TODOS LOS NIÑOS CALIFICARÁN PARA OBTENER COMIDAS SIN CARGO?**

Sí. Si algún otro integrante del grupo familiar, que no sea un niño de crianza temporal, tiene un número de caso, usted debe completar una solicitud y enviarla a la escuela de su hijo. Contáctenos en forma inmediata si cree que los otros niños de su grupo familiar deben recibir comidas gratuitas y no lo hacen.

**BASIC FOOD – ¿PUEDO REUNIR LOS REQUISITOS PARA OBTENER AYUDA EN LA COMPRA DE ALIMENTOS?**

El programa Basic Food es el programa estatal de cupones para alimentos. El programa ayuda a los grupos familiares poder subsistir proporcionándoles beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Es fácil obtener ayuda del programa Basic Food! Puede solicitarla personalmente en la oficina local de Servicio Comunitario del DSHS, por correo, o en línea. También existen otros beneficios. Puede obtener más información sobre el programa Basic Food llamando al 1-877-501-2233 o ingresando en <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

**PERTENECEMOS A LAS FUERZAS ARMADAS. ¿DEBEMOS REPORTAR NUESTROS INGRESOS DE OTRO MODO?**

Su salario básico y bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe prestaciones de valor en efectivo por vivir fuera de la base, alimentación o ropa, también se debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de privatización de la vivienda militar), no incluya el subsidio para vivienda como ingresos. Cualquier pago de combate adicional resultante por despliegue también se excluye de los ingresos.

**LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE ACEPTADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LELNAR UNA NUEVA?**

Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año escolar y por los primeros días de este año escolar. Usted debe enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le haya dicho que su hijo ya es elegible para el nuevo año escolar.

**¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR NO TIENEN NINGÚN INGRESO QUE REPORTAR?**

Es posible que miembros del grupo familiar no reciban ningún tipo de ingreso del cuál le pedimos que reporten en la solicitud o podrían no recibir ningún ingreso del todo. Cuando esto pasa, por favor escriba 0 en ese campo. Sin embargo, si algún campo queda vacío o en blanco, esos también serán considerados como ceros. Por favor, tenga cuidado al dejar los campos en blanco porque nosotros asumiremos que usted los hizo a propósito.

**SEGURO DE SALUD**

Para saber más sobre o presentar una solicitud para obtener cobertura de seguro de salud para los niños en su familia, por favor visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633.

**¿QUÉ PASA SI MI HIJO NECESITA ALIMENTOS ESPECIALES?**

Si su niño necesita una alimentación especial, comuníquese con la oficina del Servicio de alimentos de la escuela/del distrito.

**2022-23 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)**  
**Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar**

**PRUEBA DE ELEGIBILIDAD**

La información que usted proporciona puede verificarse en cualquier momento. Es posible que se le solicite información adicional que demuestre que su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

**AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su hijo o el proceso usado para probar la elegibilidad en función de los ingresos, puede hablar con LYDIA SELLIE, el funcionario de audiencia imparcial. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial, que puede coordinarse llamando a la escuela/el distrito escolar al número 425-431-7052.

**NUEVA SOLICITUD**

Usted puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si el ingreso del grupo familiar disminuyera, aumentara el tamaño del grupo familiar, si algún miembro quedara desempleado o recibiera asistencia de los programas Basic Food, TANF o FDPIR, es posible que usted reúna los requisitos y pueda presentar una solicitud en ese momento.



**2022-23 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO**  
EDMONDS SCHOOL DISTRICT #15

Complete, firme y envíe esta solicitud a: 20420 68<sup>TH</sup> Ave W, Lynnwood, WA 98036 OR apply online: [HTTPS://www.edmonds.wednet.edu/departments/food\\_nutrition\\_services](https://www.edmonds.wednet.edu/departments/food_nutrition_services)

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:  Sin hogar  Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

| Apellido del estudiante | Primer nombre del estudiante | Segundo nombre | Niño de crianza          | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado | Ingreso del estudiante | Semanal                  | Cada 2 semanas           | Dos veces por semana     | Mensual                  |
|-------------------------|------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|---------|-------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         |                              |                | <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"/> |

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food  TANF  Programa de distribución de alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) Número de caso: \_\_\_\_\_

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

| Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba) | Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción) |         |                          |                          | Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria |                      |                          |                          | Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI) |                      |                          |                          | Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario |                      |                          |                          |
|--|--|---------|--------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|--------------------------|--|----------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Niño de crianza  | Mensual | Dos veces por semana     | Cada 2 semanas           | Mensual   | Dos veces por semana | Cada 2 semanas           | Semanal                  | Mensual                                       | Dos veces por semana | Cada 2 semanas           | Semanal                  | Mensual  | Dos veces por semana | Cada 2 semanas           | Semanal                  |
|  | <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"/> |

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):  Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN)  Marcar si no tiene SSN:

(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: 20420 68<sup>TH</sup> Ave W, Lynnwood, WA 98036

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar \_\_\_\_\_ Firma del miembro adulto del grupo familiar \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, & Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

6. **Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)**- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales:  Indio americano o Nativo de Alaska  Asiático  Nativo de Hawái o isleño del pacífico

Negro o Afroamericano  Hispano o Latino

Blanco  No Hispano o Latino

7. Otros beneficios: Marque la casilla frente a los programas con los que desea compartir el estado de comidas gratis o de precio reducido de su hijo para calificar para una reducción en las tarifas:  ¡Sí! Por favor comparta el estado de elegibilidad de mi (s) estudiante (s) con el sistema de punto de venta InTouch del distrito escolar de Edmonds. Esto permitirá la reducción o exención de las tarifas de las clases curriculares, las tarifas del programa de Chromebook, las tarifas de la escuela de verano, las tarifas del programa ASB y las tarifas deportivas / atléticas. Al firmar a continuación, permito que la información contenida en esta solicitud sea compartida con los programas que he indicado.

Firma del padre / tutor \* \_\_\_\_\_ (\* requerido para el beneficio) Fecha \_\_\_\_\_

NO gracias! Por favor, no comparta el estado de elegibilidad de mi estudiante. Proporcionaré mi carta de elegibilidad a los programas / individuos con los que decida compartir la información. Si tiene alguna pregunta, por favor, póngase en contacto con la Oficina de Nutrición al 425-431-7078.

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

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 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; or (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. Edmonds SD Non-Discrimination Statement: El Distrito Escolar de Edmonds no discrimina en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, religión de credo, color, origen nacional, edad veterana o condición militar, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad o el uso de un guía de perros entrenado. o animal de servicio y proporciona acceso equitativo a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Los siguientes empleados han sido designados para manejar preguntas y quejas de supuesta discriminación: Coordinador del Título IX: Rob Baumgartner, Directora Ejecutiva de Recursos Humanos, 20420 68th Avenue W., Lynnwood, WA 98036, 425-431-7020, baumgartnerr@edmonds.wednet.edu Coordinador de la Sección 504: Dana Geaslen, Directora Ejecutiva de Servicios Estudiantiles, 20420 68th Avenue W., Lynnwood, WA 98036, 425-431-7047, geaslen338@edmonds.wednet.edu Cumplimiento de los derechos civiles y Coordinador de ADA: Rob Baumgartner, Directora Ejecutiva de Recursos Humanos, 20420 68th Avenue W., Lynnwood, WA 98036, 425-431-7023, baumgartnerr@edmonds.wednet.edu School Board Policy 3210P

**PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL:  Basic Food/TANF/FDPIR/Foster  Weekly  Bi-Weekly  Monthly  Annual

Income Household  Total Household Size  Total Household Income \$ \_\_\_\_\_ 2x per Month  Other: \_\_\_\_\_

APPLICATION APPROVED FOR:  Free Meals  Income Over Allowed Amount  Reduced-Price Meals  Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent \_\_\_\_\_ Signature of Approving Official \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_