



Estimado Padre o Tutor:

Los niños necesitan comidas nutritivas para aprender. Community Consolidated School District 59 ofrece comidas nutritivas todos los días. Pueden desayunar por solo \$1.30; y almorzar en las primarias por \$2.75 y en la Pre-secundaria por \$2.75. Su hijo tal vez es elegible para recibir almuerzo gratuito o de precio reducido. Los alimentos de precio reducido son \$0.30 por el desayuno y \$0.40 por el almuerzo. Para recibir almuerzos gratuitos o de precio reducido, complete la aplicación "Free and Reduced-Price School Meals" y regrésela en el sobre adjunto. No podremos aprobar la aplicación si no esta completa, por lo tanto asegúrese de llenar toda la información. Su hijo puede calificar para recibir almuerzo gratuito o de precio reducido si sus ingresos anuales caen dentro de La Guía de Ingresos Federales.

**GUÍA DE INGRESOS FEDERALES para COMIDAS DE PRECIO REDUCIDO (A partir del 1 de julio, 2016 al 30 de junio, 2017)**

Número de Personas que Viven en el Hogar	Anual	Mensual	Dos veces al Mes	Cada dos Semanas	Semanalmente
1	\$ 21,978	\$ 1,832	\$ 916	\$ 846	\$ 423
2	29,637	2,470	1,235	1,140	570
3	37,296	3,108	1,554	1,435	718
4	44,955	3,747	1,874	1,730	865
5	52,614	4,385	2,193	2,024	1,012
6	60,273	5,023	2,512	2,319	1,160
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
Cada Miembro Adicional de la Familia	+7,696	+642	+321	+296	+148

1. **¿Es necesario que llenar una aplicación para cada niño?** No. Solo llene una aplicación por familia y anote los nombres de todos sus hijos en nuestro distrito escolar. No podemos aprobar la aplicación si no esta completa, por lo tanto asegúrese de llenar toda la información requerida. Entregue la **aplicación completa**.
2. **¿Quién puede recibir alimentos gratuitos?** Los estudiantes en hogares que reciben estampillas de comida (SNAP) o Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas (TANF) y la mayoría de los niños adoptivos pueden obtener alimentos gratuitos no importando la cantidad de ingresos. También si sus ingresos caen bajo los límites de la Guía de Ingresos Federales, su hijo puede recibir alimentos gratuitos o de precio reducido. Un niño que califica y que no tiene hogar, que huyo de su casa o es inmigrante también calificara para alimentos gratuitos.
3. **¿Quién puede recibir alimentos a precio reducido?** Estudiantes pueden recibir alimentos de precio reducido si los ingresos del hogar caen bajo los límites de la Guía de Ingresos Federales mostrada en la parte de arriba
4. **Un miembro de mi hogar recibe estampillas de comida de los beneficios del SNAP o TANF. Recibí una carta con un certificado de elegibilidad para recibir los almuerzos gratuitamente a través del proceso directo de certificación. ¿Necesito hacer algo más para asegurar que mi niño reciba su comida gratuitamente en la escuela?** No. No necesita hacer nada más para recibir las comidas gratuitas. Si hay algún estudiante que no esta incluido en la carta, llame la escuela inmediatamente. Si no desea recibir las comidas gratis, debe notificar el personal de la escuela inmediatamente.
5. **La aplicación de mi hijo fue aprobada el año anterior. ¿Necesito completar la forma de nuevo este año?** Si. La aplicación del año anterior solamente fue para el año anterior y solo le cubrirá para recibir beneficios los primeros 30 días de este nuevo año escolar. Al menos que se le haiga avisado por carta tiene que completar y mandar una nueva aplicación.
6. **Yo recibo WIC. ¿Puede mi hijo recibir alimentos gratuitos?** Los niños que sus padres participen en el programa WIC **pueden** ser elegibles para recibir alimentos gratuitos o de precio reducido. Por favor complete y mande una nueva aplicación.
7. **¿La información que proporcione será revisada?** Si, habrá ocasiones que le pidamos que proporcione prueba por escrito de la información que usted completo.
8. **¿Si no califico el día de hoy puede hacerlo en otra ocasión?** Si, puede aplicar en cualquier otra ocasión durante el año escolar.
9. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión que tomo la escuela sobre mi aplicación?** Debe de hablar con un oficial de la escuela. También puede pedir una audiencia al 847-593-4338 o al 847-593-4341.
10. **¿Puedo aplicar si alguien en mi familia no es un ciudadano de los Estados Unidos?** Si. No es necesario que usted o su hijo(s) sean ciudadanos de los Estados Unidos para poder calificar y recibir alimentos gratuitos o de precio reducido.
11. **¿A quien le debo incluir como miembros de mi hogar?** Debe incluir a todas las personas que viven en su hogar y que comparten gastos ya sean familiares o no (tal como abuelos, parientes o amigos) Debe incluir a todos los hijos que viven con usted y también anote su nombre.
12. **¿Qué sucede si mis ingresos no son siempre los mismos?** Anote la cantidad que normalmente haría. Por ejemplo, si usted gana normalmente \$1000 cada mes, pero no trabajo las mismas horas el siguiente mes y solo gano \$900 anote que gana \$1000 al mes. Si trabaja tiempo extra anótelo pero si solo gana esa cantidad de vez en cuando no lo anote.
13. **Somos militares; ¿Incluimos el dinero que recibimos para pagar nuestro hogar como ingreso?** Si su casa es parte de la Privatización de Casas Militares, no incluya el dinero que recibe para su vivienda. Cualquier otro ingreso que reciba debe ser incluido en el ingreso total.
14. **Mi esposo(a) a sido desplegado al combate. ¿El dinero que recibimos por estar en combate se considera como ingresos?** No. Si los ingresos que reciben son adicionales al dinero que les pagan normalmente por estar en combate y si no fue recibido antes de ser llamado al combate, entonces el dinero no es considerado como ingreso.
15. **Mi familia necesita mas ayuda. ¿Hay algún otro programa que nos puede ayudar?** Para aplicar para recibir estampillas de comida de los beneficios del SNAP, TANF o algún otro beneficio de asistencia publica favor de llamar a su oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) al (800)-843-6154 o al (800)-447-6404 (sistema del TTY).

**1. Todos los miembros del hogar (Anexe otra hoja de papel de ser necesario.)**

Marque si es una Solicitud prodiva a contener errores

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Nombre, segundo nombre, apellido	(sólo para el estudiante) Nombre de la escuela	(sólo para el estudiante) Grado	NÚMERO DE CASO SNAP O TANF Pase a la Parte 4 si usted incluye un número de caso SNAP o TANF. Se debe suministrar al menos un SNAP/TANF debajo.										Marque si es Hijo de crianza*			
																<input type="checkbox"/>
																<input type="checkbox"/>
																<input type="checkbox"/>
																<input type="checkbox"/>
																<input type="checkbox"/>
																<input type="checkbox"/>

**2. Sin hogar, migrante, fugado del hogar o Head Start (elegible por categoría)**

\* Un hijo de crianza es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar o un tribunal.

Sin hogar  Migrante  Fugado del hogar  Head Start

Firma del Coordinador de personas sin hogar, Coordinador de migrantes o Director de Head Start de su escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**A. Ingreso bruto total del hogar (antes de deducciones) Tiene que decirnos cuánto gana y con qué frecuencia lo recibe.**

NOMBRES (INCLUYA A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIÓ (Ejemplo: \$100/mes; \$100 /dos veces al mes; \$100/cada dos semanas; \$100/semana)							
	Ingresos del trabajo (Antes de las deducciones)		Asistencia social, Manutención infantil, Pensión alimenticia		Pensiones, Jubilación, Seguridad social		Indemnización por accidente laboral, Desempleo, SSI, etc. (Todos los demás ingresos)	
	B. Monto	¿Con qué frecuencia?	C. Monto	¿Con qué frecuencia?	D. Monto	¿Con qué frecuencia?	E. Monto	¿Con qué frecuencia?
i.	\$		\$		\$		\$	
ii.	\$		\$		\$		\$	
iii.	\$		\$		\$		\$	
iv.	\$		\$		\$		\$	
v.	\$		\$		\$		\$	

**4. Firma y Número de Seguro Social (Debe firmar un adulto)**

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 3, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social o marcar la casilla *No tengo un número de seguro social.* XXX XX - \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social  No tengo un número de seguro social.

Certifico (juro) que todas la información en esta solicitud es verdadera y que he informado la totalidad de mis ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos del gobierno federal sobre la base de la información que suministre. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (corroborar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se pueden iniciar acciones legales en mi contra.

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta del miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_ Firma del miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_

**5. Domicilio e información de contacto**

Número de teléfono del trabajo (Incluya el código de área) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del hogar (Incluya el código de área) \_\_\_\_\_ Dirección del hogar (Número, calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

**6. Identidades raciales y étnicas de los hijos (Opcional)**

Marque un identidad étnica:  Hispano/Latino  No es Hispano/Latino  
 Marque una o más identidades raciales:  Asiático  Negro o Afro-americano  Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico  
 Blanco  Indígena Americano o Nativo de Alaska

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

¡No! NO deseo que la información de mi Solicitud de Elegibilidad del Hogar sea compartida con All Kids. *Firme aquí:* \_\_\_\_\_

— LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA —

**DECISIÓN INICIAL**

INGRESO TOTAL \$ \_\_\_\_\_ Por:  Semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mes  Año CANTIDAD EN EL HOGAR: \_\_\_\_\_ CAMBIO EN EL ESTATUS: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Las LEA tienen que anualizar el ingreso sólo cuando se informan múltiples ingresos, con frecuencias variadas. Conversión del ingreso anual: Semanal por X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Una vez al mes X 12

**Gratis por:**  
 sin hogar  migrante  fugado del hogar  Head Start  
 SNAP o TANF  cuidado de crianza  ingreso del hogar  
 **Reducido por:**  
 ingreso del hogar  
 **Denegado—Razón:**  
 ingreso demasiado alto  solicitud incompleta  SNAP/TANF que no califica

Firma del funcionario responsable de la decisión \_\_\_\_\_ Fecha de retiro: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

LAS SIGUIENTES SECCIONES NO SE REQUIEREN PARA LAS ESCUELAS/DISTRITOS QUE SÓLO PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE LECHE GRATUITA Y/O ESPECIALES DE ILLINOIS

**CONFIRMACIÓN VERIFICACIÓN** (Previa a la verificación y sólo para aquellas solicitudes seleccionadas para su verificación)

Firma del funcionario responsable de la confirmación \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

VERIFICACIÓN DIRECTA COMPLETA <input type="checkbox"/>	DECISIÓN INICIAL	RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN:	RAZÓN DEL CAMBIO:	FECHA DE ENVÍO DEL CAMBIO DE ESTATUS:
FECHA DE ENVÍO DEL AVISO DE VERIFICACIÓN: _____ FECHA EN LA QUE EL HOGAR DEBE ENTREGAR SU RESPUESTA: _____ (se recomiendan 10 días calendario)	<input type="checkbox"/> Gratis por número de caso SNAP/TANF <input type="checkbox"/> Gratis por ingreso <input type="checkbox"/> Reducido por ingreso	<input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> De gratis a reducido <input type="checkbox"/> De gratis a pago <input type="checkbox"/> De reducido a gratis <input type="checkbox"/> De reducido a pago	<input type="checkbox"/> Ingreso: \$ _____ <input type="checkbox"/> Tamaño del hogar: _____ <input type="checkbox"/> Cambio en SNAP/TANF <input type="checkbox"/> No respondió <input type="checkbox"/> Otra: _____	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CAMBIO DE ESTATUS: _____
FECHA, MÉTODO, RESULTADOS DE SEGUIMIENTO: _____ (se recomiendan 3 días laborales)	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Contacto personal Resultados	Firma del funcionario responsable de la verificación _____		Fecha: _____

**INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR SU SOLICITUD – COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR POR DISTRITO ESCOLAR**

**SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA:**

**Parte 1:** Haga una lista de los miembros de su hogar, con la escuela y el grado de cada estudiante, y un número de caso de SNAP o TANF para todos los miembros del hogar, incluidos los adultos, que reciban tales beneficios. (Anexe otra hoja de papel de ser necesario).

**Parte 2:** Saltee esta parte.

**Parte 3:** Saltee esta parte.

**Parte 4:** Firme el formulario. (No son necesarios los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social)

**Partes 5, 6, 7:** Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

**SI NINGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS SNAP O TANF Y SI NINGÚN NIÑO QUE VIVE ALLÍ ES UNA PERSONA SIN HOGAR, MIGRANTE O FUGADO DE SU HOGAR O EN EL PROGRAMA HEAD START/EVEN START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA:**

**Parte 1:** Haga una lista de los miembros de su hogar y el nombre de la escuela para cada hijo/a.

**Parte 2:** Si cualquier hijo/a por el cual está presentando una solicitud es una persona sin hogar, migrante o fugada de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

**Parte 3:** Complete sólo si un hijo en su hogar no es elegible bajo la Parte 2. Vea las instrucciones para Todos los Demás Hogares.

**Parte 4:** Firme el formulario. Sólo si la parte 3 ha sido completada, por favor incluya los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social. (o marque la casilla si él/ella no tiene dicho número).

**Partes 5, 6, 7:** Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

**SI ESTÁ PRESENTANDO UNA SOLICITUD PARA UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA:**

**Si todos los hijos en el hogar son hijos de crianza que se encuentran bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidados de crianza o un tribunal:**

**Parte 1:** Haga una lista de todos los hijos de crianza y del nombre de la escuela de cada hijo. Marque la casilla "Hijo de crianza" para cada hijo de crianza.

**Parte 2:** Saltee esta parte.

**Parte 3:** Saltee esta parte.

**Parte 4:** Firme el formulario. No son necesarios los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social.

**Partes 5, 6, 7:** Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

**Si algunos de los hijos en el hogar son hijos de crianza que se encuentran bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidados de crianza o un tribunal:**

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros del hogar y del nombre de la escuela de cada hijo. Marque la casilla "Hijo de crianza" para cada hijo de crianza.

**Parte 2:** Si cualquier hijo/a por el cual está presentando una solicitud es una persona sin hogar, migrante o fugada de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

**Parte 3:** Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

• **Casilla 1–Nombre:** Haga una lista de todos los miembros del hogar con un ingreso.

• **Casilla 2 –Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar, mencione cada tipo de ingreso recibido en el mes. Tiene que decir con qué frecuencia se recibe el dinero (por semana, cada dos semanas, dos veces al mes o por mes). Para los ingresos, asegúrese de colocar el ingreso bruto, no el salario de bolsillo. El ingreso bruto es el monto ganado antes de impuestos y otras deducciones. Usted debería encontrar ese monto en su recibo de pago, o su jefe puede decirle. Para otros ingresos, mencione la cantidad que recibió cada persona en el mes en concepto de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Beneficios para Veteranos (beneficios VA), y beneficios por discapacidad. Bajo el ítem Todos los Demás Ingresos, coloque indemnización por accidentes de trabajo, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos por cuidados de crianza recibidos por la familia de parte de la agencia colocadora. SOLO si es un trabajador independiente, informe el ingreso después de gastos debajo de Ingresos del trabajo. Esto es para su empresa, granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe una paga por combate, no incluya estas pagas como ingreso.

**Parte 4:** Los miembros adultos del hogar tienen que firmar el formulario y escribir al menos los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si él/ella no tiene uno).

**Partes 5, 6, 7:** Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

**TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUIDOS LOS HOGARES WIC, DEBEN SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:**

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela para cada hijo.

**Parte 2:** Si cualquier hijo/a por el cual está presentando una solicitud es una persona sin hogar, migrante o fugada de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

**Parte 3:** Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

• **Casilla 1–Nombre:** Haga una lista de todos los miembros del hogar con un ingreso.

• **Casilla 2 –Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar, mencione cada tipo de ingreso recibido en el mes. Tiene que decir con qué frecuencia se recibe el dinero (por semana, cada dos semanas, dos veces al mes o por mes). Para los ingresos, asegúrese de colocar el ingreso bruto, no el salario de bolsillo. El ingreso bruto es el monto ganado antes de impuestos y otras deducciones. Usted debería encontrar ese monto en su recibo de pago, o su jefe puede decirle. Para otros ingresos, mencione la cantidad que recibió cada persona en el mes en concepto de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Beneficios para Veteranos (beneficios VA), y beneficios por discapacidad. Bajo el ítem Todos los Demás Ingresos, coloque indemnización por accidentes de trabajo, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos por cuidados de crianza recibidos por la familia de parte de la agencia colocadora. SOLO si es un trabajador independiente, informe el ingreso después de gastos debajo de Ingresos del trabajo. Esto es para su empresa, granja o propiedad de alquiler. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe una paga por combate, no incluya estas pagas como ingreso.

**Parte 4:** Los miembros adultos del hogar tienen que firmar el formulario y escribir al menos los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si él/ella no tiene uno).

**Partes 5, 6, 7:** Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

Declaración de la Ley de Privacidad: **Esto explica cómo usaremos la información que nos brinde.** La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. Usted no está obligado a suministrar esta información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo/a para que reciba comidas gratuitas o con precio reducido. Tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no se requieren cuando usted presenta una solicitud en nombre de un hijo de crianza o cuando usted incluye un Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), un Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o un número de caso del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo/a o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir comidas gratuitas o con precio reducido, y para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con auditores para las revisiones de los programas y con agentes del orden para ayudarles a detectar violaciones de las reglas de los programas.

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 necesiten medios 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 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 se puede proporcionar en otros idiomas. 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compilant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compilant_6_8_12_0.pdf), 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.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.