



**OPCIONAL****Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Le pedimos información acerca de la raza e etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

**Etnicidad (Marque uno):**

- Hispano or Latino  
 No Hispano or Latino

**Raza (Marque uno o más):**

- Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Americano Africano  
 Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico Sur  
 Blanco

**COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS**

Estimado Padre / Tutor:

Para ahorrar tiempo y esfuerzo, la información que dio en su Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducidas puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños podrían calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido.

- NO! YO NO QUIERO que la información de mi solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido sean compartidos con cualquiera de estos programas.
- Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido **[NOMBRE DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE SU ESCUELA / DISTRITO]**.
- Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para para comidas escolares gratuitas o a precio reducido con **[NOMBRE DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE SU ESCUELA / DISTRITO]**.
- Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para para comidas escolares gratuitas o a precio reducido con **[NOMBRE DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE SU ESCUELA / DISTRITO]**.

Si marcó sí a cualquiera o todas las casillas de arriba, rellenar la siguiente información. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[TELÉFONO]** o por correo electrónico a **[DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO]**.  
 Devuelva este formulario a: **[DIRECCIÓN]** por **[FECHA]**.

**La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, o retaliación por haber iniciado una queja de derechos civiles. También se prohíbe la discriminación, cuando es pertinente, basada en creencia política, estado civil, estado familiar o paterno, orientación sexual, información genética, o cuando todo o parte del ingreso de una persona viene de cualquier programa pública asistencial, en el empleo, o en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplican en todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea poner una queja de derechos civiles de discriminación, complete el Formulario del USDA de Queja de Discriminación que se encuentra en el sitio web, [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) El formulario también puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992. Envíe por correo el formulario o carta de queja completada a la siguiente dirección: Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o al fax (202) 690-7442, o por correo electrónico a: [programa.intake@usda.gov](mailto:programa.intake@usda.gov).

Personas sordas, con discapacidad auditiva o de habla, pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español).

El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.