

Solicitud para comidas gratuitas y a precio reducido en la escuela, o para leche gratuita 2022-23

Fuentes de Ingresos de Menores		Fuentes de Ingresos de Adultos		
Fuentes de ingresos de menores	Ejemplos	Ingresos del trabajo	Asistencia pública/ manutención de menores/pensión alimenticia	Pensiones/jubilaciones/ otros ingresos
Ingresos del trabajo	Un menor tiene un trabajo regular o de medio tiempo en el que gana un salario o sueldo	<ul style="list-style-type: none"> Ingreso bruto para salarios, sueldos, efectivo, bonos Ingreso neto de trabajo independiente (granja o negocio) 	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios de desempleo Compensación de los trabajadores Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local Pagos por pensión alimenticia Pagos por manutención de menores Beneficios de veteranos Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro social (incluida la jubilación ferroviaria y los beneficios por neumoconiosis) Pensiones privadas o discapacidad Ingreso regular de fideicomisos o patrimonio Anualidades Ingreso de inversiones Intereses ganados Ingreso de rentas Pagos regulares en efectivo de fuentes externas al grupo familiar
Seguro social	Un menor es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del seguro social	<p>Si se encuentra en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pagos por combate, FSSA ni asignaciones para viviendas privatizadas) Asignaciones para viviendas fuera de la base, alimentos y vestimenta 		
<ul style="list-style-type: none"> Pagos por discapacidad Beneficios de sobrevivientes 	Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios del seguro social			
Ingreso de personas fuera del grupo familiar	Un amigo o familiar no cercano aporta dinero de forma regular a un menor			
Ingreso de cualquier otra fuente	Un menor recibe ingresos de un fondo de pensión privada, anualidad o fideicomiso			

OPCIONAL Identidades raciales y étnicas de los menores

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que cumplamos plenamente con las necesidades de nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Etnia (marque una opción): Hispana o latina No hispana ni latina

Raza (marque una opción o más): Indio estadounidense o nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico Caucásico

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no 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 firma 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 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma 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, financiar 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. Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:

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;
- (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Solo para uso de la escuela. No escriba después de esta

The Determining Official (DO) for the school/district MUST complete this section. (Only convert to annual income if there are different frequencies of income listed in Step 3.)

Annual Income Conversion: Weekly X 52 ♦ Every 2 weeks X 26 ♦ Twice a Month X 24 ♦ Monthly X 12

Directly Certified (DC) based on the State DC List as eligible for: SNAP TFA OT FM (Free Medicaid) RM (Reduced Medicaid). Date Certified on DC List: _____

SNAP/TFA Household providing proof (must be confirmed by DO) of a handwritten case number Foster Child Head Start Confirmed Homeless or Runaway

Income Household: Total household income: _____ per _____ Household Size: _____ **ERROR PRONE?** YES NO

Application approved for: Free Meals Reduced-price Meals Application Denied

Date Notice Sent: _____ Signature of DO: _____ Date: _____

Cómo Solicitar Comidas Gratuitas y a Precio Reducido en la Escuela

Use estas instrucciones como ayuda para completar la solicitud para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela. Solo debe completar una solicitud por grupo familiar, *incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en Region One*. La solicitud debe completarse en su totalidad para certificar a sus hijos para que reciban comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela. Siga estas instrucciones en orden. Cada paso de las instrucciones es idéntico al de la solicitud. Si, en algún momento, no sabe qué hacer a continuación, comuníquese con Julie Lang, Executive Secretary, ext. 1162 or jlang@hvrhs.org

UTILICE UNA LAPICERA (NO UN LÁPIZ) PARA COMPLETAR LA SOLICITUD Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE.

Paso 1: Mencione a todos los miembros del grupo familiar que sean bebés, niños y alumnos hasta el grado 12 inclusive

Indique cuántos bebés, niños y alumnos escolares residen en su grupo familiar. NO tienen que estar emparentados con usted para ser parte de su grupo familiar.

¿A quién debo mencionar aquí? Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros del grupo familiar

- que sean niños de 18 años o menos, Y que reciben respaldo del ingreso del grupo familiar;
- que estén bajo su cuidado en virtud de un acuerdo de acogimiento familiar o que reúnan los requisitos de jóvenes sin hogar o fugados;
- que sean alumnos que asisten a Housatonic Valley Regional High School, *independientemente de la edad*.

A) Mencione el nombre de cada menor. Escriba en letra de imprenta el nombre de cada menor. Use una línea de la solicitud para cada menor. Al escribir los nombres en letra de imprenta, hágalo con claridad. Si hay más niños que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja con toda la información requerida para los menores adicionales.

B) ¿El menor es alumno del distrito? Indique el nombre de la escuela, el grado y marque "Sí" o "No" en la columna "Alumno" para informarnos qué menores asisten a la escuela en el distrito. Si marcó "Sí", escriba el grado del alumno en la columna "Grado".

C) ¿Tiene algún niño en acogimiento? Si alguno de los menores mencionados se considera niño en acogimiento, marque la casilla "Niño en acogimiento familiar" junto al nombre del menor. Si SOLO presenta la solicitud para niños en acogimiento, después de completar el **PASO 1**, proceda con el **PASO 4**. *Los niños en acogimiento que residen con usted pueden considerarse miembros de su grupo familiar y deben incluirse en su solicitud.* Si presenta la solicitud para niños en acogimiento y de otra naturaleza, proceda con el Paso 3.

D) ¿Alguno de los menores no tiene hogar, se fugó de su hogar o participa en el Programa Head Start? Si considera que alguno de los menores mencionados en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla "Head Start o Sin hogar/Fugado" junto al nombre del menor y *complete todos los pasos de la solicitud.*

Paso 2: ¿Algún miembro del grupo familiar participa actualmente en snap o tfa?

Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas en la escuela:

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Temporal Familiar (TFA)

A) Si ningún miembro del grupo familiar participa en los programas mencionados anteriormente:

- Deje en blanco el **PASO 2** y proceda con el **PASO 3**.

A) Si un miembro del grupo familiar participa en alguno de los programas mencionados anteriormente:

- Escriba un número de caso para SNAP o TFA. Solo debe proporcionar un número de caso. Si participa en uno de estos programas y no sabe su número de caso, comuníquese con su asistente social de DSS.

Nota: No use un número de beneficios médicos de HUSKY puesto que este número no corresponde a un número de caso de SNAP o TFA. También se recomienda (aunque no es obligatorio) que presente un comprobante de este número de caso de SNAP o TFA al presentar la solicitud para su procesamiento. El comprobante NO incluye una copia de la tarjeta CONNECT.

- Proceda con el **PASO 4**.

Paso 3: Informe el ingreso de todos los miembros del grupo familiar

¿Cómo informo mi ingreso?

- Use las tablas “Fuentes de ingresos de menores” y “Fuentes de ingresos de adultos”, impresas en el reverso del formulario de la solicitud para determinar si su grupo familiar debe informar ingresos.
- Informe todos los importes como un INGRESO BRUTO SOLAMENTE: Informe todos los ingresos en dólares enteros. No incluya centavos.
 - El ingreso bruto es el ingreso total percibido antes de impuestos.
 - Muchas personas piensan que el ingreso es el importe que “se llevan a casa” y no el monto “bruto” total. Asegúrese de que el ingreso que informe en esta solicitud NO haya sido reducido para pagar impuestos o primas de seguros ni se haya deducido ningún otro importe de su salario.
- Escriba “0” en los campos donde no haya ningún ingresos para informar. Todos los campos de ingresos que se dejen vacíos o en blanco también se calcularán como cero. Si escribe ‘0’ o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no hay ingresos para informar. Si los funcionarios locales sospechan que su ingreso familiar no se informó de forma correcta, se investigará su solicitud.
- Marque con qué frecuencia se recibe cada tipo de ingreso mediante las casillas a la derecha de cada campo.

3.A. Informe los ingresos obtenidos por los menores

A) Informe todos los ingresos percibidos o recibidos por los menores. Informe el ingreso bruto combinado de TODOS los menores mencionados en el PASO 1 de su grupo familiar en la casilla “Ingresos de menores”. Solo considere el ingreso de los niños en acogimiento si presenta la solicitud para ellos junto con el resto de su grupo familiar.

¿Qué es el ingreso de menores? El ingreso de los menores es el dinero que no proviene del grupo familiar y que se paga DIRECTAMENTE a sus hijos. Muchos grupos familiares no perciben un ingreso de menores.

3.B. Informe los ingresos obtenidos por los adultos

¿A quién debo mencionar aquí?

- Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos del grupo familiar que residen con usted, y comparten el ingreso y los gastos, *incluso si no son parientes y si no reciben su propio ingreso.*
- **NO incluya lo siguiente:**
 - Personas que residen con usted, pero que no se mantienen con el ingreso de su grupo familiar Y no aportan ingresos a su grupo familiar.
 - Bebés, niños y alumnos ya mencionados en el PASO 1.

<p>B) Incluya los nombres de los miembros adultos del grupo familiar. Escriba en letra de imprenta el nombre de cada miembro del grupo familiar en las casillas “Nombres de los miembros adultos del grupo familiar (nombre y apellido).” <i>No incluya ningún miembro del grupo familiar mencionado en el PASO 1.</i> Si un menor mencionado en el PASO 1 percibe un ingreso, siga las instrucciones en el PASO 3, parte A.</p>	<p>C) Informe los ingresos del trabajo. Informe todos los ingresos del trabajo en el campo “Ingresos del trabajo” en la solicitud. Generalmente, esto se refiere al dinero percibido por hacer un trabajo. Si trabaja de forma independiente en un negocio o es el propietario de una granja, debe informar su ingreso neto.</p> <p>¿Qué sucede si soy trabajador independiente? Informe el ingreso de ese trabajo como un importe neto. Esto se calcula restando de los ingresos brutos el total de los gastos operativos de su negocio.</p>	<p>D) Informe el ingreso de la asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia. Informe todos los ingresos correspondientes en el campo “Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia” de la solicitud. <i>No informe el valor en efectivo de ningún beneficio de asistencia pública que NO se incluya en el cuadro.</i> Si se percibe algún ingreso por manutención de menores o pensión alimenticia, solo informe los pagos por orden judicial. Se deben informar los pagos informales, aunque regulares, como “otros” ingresos en la parte siguiente.</p>
<p>E) Informe el ingreso de pensiones/jubilaciones/otros ingresos. Informe todos los ingresos correspondientes en el campo “Pensiones/jubilaciones/otros ingresos” de la solicitud.</p>	<p>F) Informe el tamaño del grupo familiar en total. Ingrese la cantidad total de miembros del grupo familiar en el campo “Total de miembros del grupo familiar (menores y adultos)”. Esta cantidad DEBE ser igual a la cantidad de miembros del grupo familiar mencionados en el PASO 1 y el PASO 3. Si hay algún miembro de su grupo familiar que no haya incluido en la solicitud, vuelva y agréguelo. Es muy importante que incluya a todos los miembros de su grupo familiar puesto que el tamaño del grupo familiar afecta su elegibilidad para recibir comidas gratuitas y a precio reducido.</p>	<p>G) Proporcione los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social. Un miembro adulto del grupo familiar debe ingresar los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social en el espacio proporcionado. Usted reúne los requisitos para solicitar los beneficios incluso si no tiene un número del seguro social. Si ningún miembro adulto del grupo familiar tiene un número del seguro social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha titulada “Marque si no tiene un SSN”.</p>

Paso 4: Información de contacto y firma del adulto

Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar todas las solicitudes. Al firmar la solicitud, ese miembro del grupo familiar promete que toda la información se proporcionó de forma honesta y completa. Antes de completar esta sección, también asegúrese de que haber leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles en el reverso de la solicitud.

<p>A) Brinde su información de contacto. Escriba su dirección actual en los campos proporcionados si esta información se encuentra disponible. Si no tiene una dirección permanente, esto no significa que sus hijos no reunirán los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela. Es opcional compartir un número de teléfono, un correo electrónico o ambos; sin embargo, nos ayuda a comunicarnos con usted rápidamente si necesitamos contactarlo.</p>	<p>B) Escriba en letra de imprenta y firme su nombre. Escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que firma la solicitud. Esa persona firma en la casilla “Firma del adulto”.</p>	<p>C) Envíe formulario completado por correo Housatonic Valley Regional High School. 246 Warren Turnpike Rd. Falls Village, CT 06031</p>	<p>D) Comparta las identidades raciales y étnicas de los menores (opcional). En el reverso de la solicitud, le pedimos que comparta información sobre la raza y la etnia de sus hijos. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela.</p>
--	--	---	---



¿Su familia necesita seguro médico?

Connecticut ofrece cobertura a bajo costo o gratuita!

Estimado padre/guardian,

¿Su hijo está protegido con un seguro médico? Si no es así, su escuela y el estado de Connecticut desean ayudar.

El programa HUSKY Health de Connecticut, por ejemplo, cubre los gastos de visitas médicas (incluyendo exámenes físicos), prescripciones, cuidados de emergencia, cuidados de la visión y dentales, atención médica mental, necesidades especiales de salud y más. Es para niños menores de 19 años de familias con ingresos menores al límite específico. Aproximadamente 360,000 niños de Connecticut tienen su atención médica cubierta gracias al programa HUSKY Health. **Hay dos partes del programa HUSKY Health para niños:**

- I. **HUSKY A** (o Medicaid) - Para niños de familias con ingresos limitados. Los padres, cuidadores familiares y personas embarazadas también pueden ser elegible.
- II. **HUSKY B** (o programa de seguro médico para niños) - Para niños sin seguro de familias con ingresos superiores. Personas embarazadas que no califiquen para Medicaid debido a su estatus migratorio podrían calificar para Husky B-atención prenatal.

Puede solicitar y inscribirse en HUSKY A o HUSKY B en cualquier momento del año.

- Para solicitarlo en línea, visite AccessHealthCT.com
- Para solicitarlo por teléfono, llame al 855-394-2428 (Si es sordo o tiene problemas de audición, puede usar el TTY al 1-855-789-2428 o comunicarse con nosotros con un operador de retransmisión.)
- Para obtener información general sobre HUSKY Health, visite www.ct.gov/Husky

¿Su hijo necesita que USTED también esté saludable!

Cuando solicite HUSKY Health para su hijo, infórmese sobre lo que Access Health CT tiene para ofrecerle.

La mayoría de los residentes de Connecticut pueden inscribirse en cualquier momento, no debería esperar para presentar la solicitud si necesita cobertura de salud. Algunas opciones de cobertura requieren que se inscriba durante un período de inscripción abierta (generalmente del 1 de noviembre al 15 de enero) o un período de inscripción especial (SEP en inglés) si tiene un evento de vida calificado (consulte a continuación para más información). Ahora hay más opciones disponibles de cobertura sin costo, incluyendo el nuevo programa Covered Connecticut. Comuníquese con Access Health CT hoy, es la mejor manera de saber para que califica.

¿Qué es un Evento de Vida Calificado? Son eventos que incluyen:



Perder su cobertura debido a cambio/pérdida de trabajo



Matrimonio



Mudanza permanente a CT



Embarazo, nacimiento, adopción o cuidado de crianza



Cambio en el estado de dependiente fiscal, como resultado de Divorcio, u otro Decreto Legal u Orden Judicial



Recién elegible/no elegible para créditos fiscales anticipados para la prima (un tipo de ayuda financiera) debido a un cambio en los ingresos

Pérdida de Cobertura Debido a Otras Circunstancias:

- Perder la cobertura que tenía a través de su cónyuge/padre
- Vencimiento de COBRA
- Ya no eres elegible para Medicaid/HUSKY Health
- Ya no eres elegible para reducción de costos compartidos (un tipo de ayuda financiera)

Para obtener más información, visite AccessHealthCT.com

Anexo C: Información sobre el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Estimado padre/tutor:

Si sus hijos califican para recibir comidas o leche gratis en la escuela, usted también podría calificar para SNAP (antes llamados cupones para alimentos). SNAP ayuda a las personas a comprar alimentos para ellos y sus familias. Los beneficios de SNAP se emiten todos los meses en tarjetas de débito plásticas. Puede usar los beneficios de SNAP para comprar alimentos en los principales supermercados, tiendas de alimentos de su barrio y algunos mercados de productores autorizados para aceptar SNAP.

Cómo Calificar

Su calificación y la cantidad de SNAP para la que califique depende de lo siguiente:

- los ingresos de su grupo familiar;
- las deducciones admisibles de los ingresos de su grupo familiar (algunos ejemplos incluyen gastos mensuales de vivienda, facturas médicas y manutención infantil ordenada por el Tribunal);
- el tamaño de su grupo familiar; y
- al menos 5 años de residencia en los Estados Unidos para no ciudadanos calificados.

Si tiene acceso a Internet, puede ingresar para evaluar si puede ser elegible para SNAP. Ingrese en www.connect.ct.gov y haga clic en "Am I Eligible?" (¿Soy elegible?). **Tener su propia vivienda o un automóvil no impedirá que sea elegible para SNAP.**

Efectivo octubre 1, 2021		
Tamaño del grupo familiar	Ingresos mensuales brutos	Ingresos anuales brutos
1	1,986	23,832
2	2,686	32,232
3	3,386	40,632
4	4,085	49,020
5	4,785	57,420
6	5,485	65,820
7	6,185	74,220
8	6,885	82,620
Por cada miembro adicional	+699	+8,388
Grupos familiares más grandes = más ingresos		

Para Presentar Una Solicitud u Obtener Más Información

- Para buscar la oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) de Connecticut, llame al número de referencia de United Way 2-1-1 (llamada gratis en todo el estado).
- Puede encontrar una lista de todas las oficinas del Departamento de Servicios Sociales (DSS) de Connecticut o presentar una solicitud en línea en www.connect.ct.gov (haga clic en "Apply for Benefits" (Presentar solicitud de beneficios)). Puede obtener la solicitud de SNAP para imprimir en inglés en <https://portal.ct.gov/-/media/Departments-and-Agencies/DSS/Common-Applications/W-1E.pdf> o en español en <https://portal.ct.gov/-/media/Departments-and-Agencies/DSS/Common-Applications/W-1ES.pdf>.
- Las siguientes dos organizaciones realizan servicios de extensión para el DSS y pueden ayudar con la presentación de la solicitud de beneficios SNAP:
 1. **End Hunger CT!** proporciona un centro de llamadas de extensión de SNAP (866-974-SNAP (7627)) para ayudar a solicitar y mantener la elegibilidad para los beneficios de SNAP. Si es elegible para SNAP, estirará su dinero para alimentos, apoyará a su escuela y comunidad, y sus hijos recibirán comidas escolares sin costo alguno. Muchas familias se sorprenden de que califiquen; es rápido, fácil y confidencial. Llame a uno de nuestros asociados capacitados para ver si eres elegible.
 2. **La Asociación para la Acción Comunitaria de Connecticut (CAFCA, por sus siglas en inglés)** trabaja con las siguientes agencias de acción comunitaria que lo/la ayudarán a inscribirse en SNAP (referirse a tabla en la página 2).

Anexo C: Información sobre SNAP

Agencia	Número de teléfono	Áreas de servicio
Alliance for Community Empowerment (Alliance)	203-366-8241	Área metropolitana de Bridgeport y condado de Upper Fairfield
Agencia de Acción Comunitaria Access (Access)	860-450-7400	Condados de Windham y Tolland
Community Action Agency of New Haven, Inc. (CAANH)	203-387-7700	Área metropolitana de New Haven
The Community Action Agency of Western Connecticut, Inc. (CAAWC)	203-744-4700	Noroeste de CT y condado de Lower Fairfield
Community Renewal Team, Inc. (CRT)	860-560-5600	Condados de Hartford y Middlesex
Human Resources Agency of New Britain, Inc. (HRA)	860-225-8601	Áreas de New Britain y Bristol
New Opportunities, Inc. (NOI)	203-575-9799	Áreas metropolitanas de Waterbury, Meriden, y Torrington
Thames Valley Council for Community Action, Inc. (TVCCA)	860-889-1365	Sudeste de CT- Condado de New London
Training Education and Manpower, Inc. (TEAM)	203-736-5420	Naugatuck Valley

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: How to File a Complaint. 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

El Departamento de Educación del Estado de Connecticut se compromete a cumplir con una política de igualdad de oportunidades/acción afirmativa para todas las personas que califiquen. El Departamento de Educación de Connecticut no discrimina en ninguna práctica de empleo, programa educativo o actividad educativa por motivos de edad, ascendencia, color, antecedentes penales (en empleo y concesión de licencias estatales), identidad o expresión de género, información genética, discapacidad intelectual, discapacidad de aprendizaje, estado civil, discapacidad mental (pasada o presente), origen nacional, discapacidad física (incluida la ceguera), raza, credo religioso, represalias por oponerse previamente a la discriminación o la coerción, sexo (embarazo o acoso sexual), orientación sexual, condición de veterano o peligros del lugar del trabajo para los órganos reproductivos, salvo que haya una calificación ocupacional de buena fe que excluya a las personas en alguna de las clases protegidas antes mencionadas.

Las consultas sobre las políticas de no discriminación del Departamento de Educación del Estado de Connecticut deben dirigirse a Levy Gillespie, director de Igualdad de Oportunidades Laborales/coordinador de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), Connecticut State Department of Education, 450 Columbus Boulevard, Suite 505, Hartford, CT 06103, 860-807-2071, levy.gillespie@ct.gov.

Este documento está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/NSLP/Forms/FreeRed/AddendumC_Spanish.pdf.