Estimado padre o tutor:

Su(s) hijo(s) ha(n) sido certificado(s) directamente a través de la participación en programas de asistencia; Alimentación básica, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF); Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution on Indian Reservations , FDPIR), Medicaid, condición de hijo adoptivo, migrante o sin hogar.

En tal sentido, podría(n) calificar a tarifas reducidas u otros beneficios escolares financiados por el estado o el gobierno federal. Presente una copia de este "Aviso de elegibilidad" a la dirección de la escuela para verificar la elegibilidad para ciertos programas. Comuníquese con la dirección de la escuela para obtener más información sobre cada uno de los programas.

Nombre(s) del (de los) hijo(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_JANE DOE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_JOHN DOE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ABBY DOE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BEN DOE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No tiene que hacer nada.

Si cree que otros estudiantes en el hogar optan a las tarifas reducidas, comuníquese con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre, CARGO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si su(s) hijo(s) es (son) aprobado(s) para la certificación directa, está(n) calificado(s) para todo el año escolar. No es necesario que presente la encuesta de ingresos familiares.

Podemos compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para que evalúen, financien o determinen los beneficios de sus programas, con auditores para las revisiones de los programas y con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para investigar las infracciones de las normas del programa.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CARGO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_FECHA\_\_\_\_

 **Nombre Cargo Fecha**

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN del distrito local**