Waconia Public School District

512 Industrial Blvd., Waconia, MN 55387

Estimado padre/tutor:

Nuestra escuela ofrece comidas saludables todos los días. A partir del año escolar 2023-24, nos uniremos al Programa de Comidas Escolares Gratuitas de Minnesota. Todos los estudiantes pueden recibir un desayuno y un almuerzo gratis cada día en la escuela. Aunque no se requiere una solicitud para recibir este beneficio de comidas gratuitas, ¡completar la solicitud de beneficios educativos sigue siendo importante! Su(s) niño(s) puede(n) tener derecho a otros beneficios como la reducción de cuotas en la escuela. Su solicitud también puede ayudar a la escuela a calificar para fondos educativos, descuentos y otros programas de comidas.

Para presentar la solicitud, complete la solicitud de Beneficios Educativos que se encuentra adjunta y envíela a:

Darlene Siegle, 512 Industrial Blvd., Waconia, MN 55387

¿Quién debe completar esta solicitud? Los niños de hogares que participan en el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), y los niños en hogares de crianza, sin hogar, migrantes y fugitivos califican sin reportar los ingresos del hogar. Alternativamente, los niños pueden calificar si su ingreso familiar está dentro del ingreso máximo indicado para el tamaño de su hogar en las instrucciones.

Preguntas Frecuentes:

Recibo WIC o asistencia médica. ¿Mis niños pueden recibir la ayuda? Los niños de hogares que participan en el programa WIC o en la asistencia médica no cumplen automáticamente los requisitos. Los niños pueden ser elegibles dependiendo de otra información financiera del hogar. Por favor, complete una solicitud.

¿A quién debo incluir como integrante de la familia? Debe incluirse a sí mismo y a todas las demás personas que vivan en el hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos).

¿Puedo solicitar la ayuda si alguien de mi familia no es ciudadano de los Estados Unidos? Sí. Ni usted ni sus niños tienen que ser ciudadanos estadounidenses para que usted pueda completar una solicitud.

¿Qué ocurre si mis ingresos no son siempre los mismos? Si normalmente cobra horas extras, inclúyalas, pero no si sólo las cobra a veces. En caso de trabajo de temporada, escriba el total de ingresos anuales.

¿Se comprobará la información sobre los ingresos o el número de caso que proporcione? Es posible. También podemos pedirle que nos envíe un justificante por escrito.

¿Cómo se conservará la información? La información que usted presente en el formulario y la aprobación de su niño se protegerán como datos privados. Para más información, consulte la página trasera de la solicitud de beneficios educativos.

Si no cumplo los requisitos ahora, ¿puedo presentar la solicitud más tarde? Sí. Complete una solicitud en cualquier momento si disminuyen sus ingresos, aumenta el tamaño de su unidad familiar o empieza a recibir Beneficios SNAP, MFIP o FDPIR.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al 952-442-0600.

Atentamente,

Cómo completar la solicitud de Beneficios Educativos

Complete el formulario de Solicitud de Beneficios Educativos para el año escolar 2023-24 si alguna de las siguientes situaciones aplica a su hogar:

Algún integrante de la unidad familiar participa actualmente en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP), en el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP) o en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o

El hogar incluye uno o más niños en acogida (una agencia de asistencia social o un tribunal tiene la responsabilidad legal del niño) o

Los ingresos totales de los integrantes de la unidad familiar están dentro de los límites indicados a continuación (ingresos brutos antes de deducciones, no salario neto). No incluya como ingresos: los pagos por acogimiento familiar, las prestaciones educativas federales, los pagos del MFIP ni el valor de la ayuda recibida de SNAP, WIC o FDPIR. Militares: No incluya la paga de combate ni la ayuda de la Iniciativa Militar de Vivienda Privatizada. Las pautas de ingresos están vigentes desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024.

Ingreso máximo total

Número de integrantes de la familia	$ Por año	$ Por mes	$ Dos veces por mes	$ Por 2 semanas	$ Por semana
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Añadir por cada persona adicional	9,509	793	397	366	183

Paso 1: Niños
Indique a todos los bebés y niños del hogar, su colegio y curso, si procede, y fecha de nacimiento. Adjunte una página adicional si es necesario para indicar todos los niños. Marque la casilla si un niño está en acogida temporal (una agencia de asistencia social o un tribunal tiene la responsabilidad legal del niño).

Paso 2: Número de caso
Si algún integrante de la unidad familiar participa actualmente en SNAP, MFIP o FDPIR, escriba el número de caso y vaya al paso 4. Si no participa en ninguno de estos programas, deje el paso 2 en blanco y continúe con el paso 3.

Paso 3: Ingresos de adultos y niños / Los últimos 4 dígitos del número de seguro social

- **Número de la Seguridad Social/Total de integrantes de la unidad familiar.** Un integrante adulto del hogar debe presentar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla si no tiene número de seguro social. Indique el número total de integrantes de la unidad familiar y asegúrese de que todos los integrantes de la unidad familiar figuran individualmente en la solicitud en la sección de niños o adultos, según proceda.
- **Ingresos de los adultos** Si alguno de los niños de la unidad familiar tiene ingresos regulares, como SSI o trabajos a tiempo parcial, indique el importe total de los ingresos regulares percibidos por todos los niños y marque la casilla correspondiente a la frecuencia: semanal, quincenal, quincenal o mensual. No incluya ingresos ocasionales como cuidar niños o cortar el césped.
- **Ingresos de los adultos.** Indique en este apartado los nombres de los integrantes adultos de la unidad familiar y los ingresos obtenidos.

- Indique todos los adultos que viven en el hogar y que no se hayan incluido en el paso 1, ya sean parientes o no, como abuelos, parientes o amigos.
- **Ingresos brutos del trabajo**. Suele tratarse del dinero recibido por trabajar en empleos en los que se recibe un sueldo. Para cada ingreso, marque la casilla que indique la frecuencia con la que se recibe el ingreso: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual.
- Indique los ingresos brutos antes de las deducciones, no el sueldo neto. No indique el salario por hora. Para los adultos sin ingresos que declarar, escriba un "0" o deje el apartado en blanco. En caso de trabajo de temporada, escriba el total de ingresos anuales.
- **¿Es usted trabajador por cuenta propia o agricultor?** Indique los ingresos netos mensuales o anuales después de los gastos de la empresa. No indique los mismos ingresos dos veces en la solicitud. Las pérdidas procedentes de la agricultura o del trabajo por cuenta propia deben indicarse como ingresos nulos y no reducen los demás ingresos.
- **Otros ingresos brutos**. Indique los ingresos brutos antes de las deducciones de todas las demás fuentes, como SSI, desempleo, ayuda a los niños, asistencia pública, seguro social, ingresos por alquileres o rentas vitalicias.

Paso 4: Firma e información de contacto Un integrante adulto del hogar debe firmar el formulario. Si no desea que su información se comparta con los programas de asistencia médica de Minnesota, marque la casilla "No compartir" en el paso 4.

Opcional: Proporcione la información sobre etnicidad y raza que se solicita en la segunda página del formulario. Esta información no es obligatoria y no afecta la aprobación de los beneficios de comidas escolares. La información ayuda a garantizar que cumplamos con los requisitos de derechos civiles y sirvamos plenamente a nuestra comunidad.

DHS-5197-SPA 7-23

¿Tiene su hijo seguro de salud?

Si su respuesta es no, una ayuda podría estar disponible.

Minnesota Health Care Programs (Programas de Cuidado Médico de Minnesota) tiene seguro de salud disponible gratis y a bajos costos para niños y familias que califiquen.

Su hijo puede que califique si el ingreso de su hogar es menos de:

Tamaño de la familia	Ingreso mensual	Ingreso anual
2	$4,519	$54,230
3	$5,697	$68,365
4	$6,875	$82,500
5	$8,052	$96,635

El ingreso es uno de los factores para calificar. Otros reglamentos y límites aplican. Para más información llame a la oficina de su condado o visite al http://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/. Los límites de ingreso mencionados arriba son válidos hasta el 30 de junio, 2024.

Para recibir una solicitud de MNsure para cobertura de salud y para ayuda con el pago de costos (DHS-6696):

- Imprima una de http://mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/
- Llame al teléfono gratis 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669)
- Llame a: 952-442-0600

ADA Advisory

Para obtener esta información en formatos accesibles o asistencia con mayor acceso igualitario a servicios humanos, escriba a DHS. info@state.mn.us, llame al 651-582-8200o use su servicio preferido de retransmisión. ADA1 (2-18)

MINNESOTA

RENUNCIA A LA CONFIDENCIALIDAD

Compartir información con otros programas

Estimado padre/madre/tutor: _____ Fecha:_____

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó en su Solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido puede ser compartida con otros programas en que podrían calificar sus hijos. Para los siguientes programas, debemos tener el permiso de compartir su información. El envío de este formulario no cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido.

___ ¡Sí! QUIERO que los funcionarios escolares compartan la información de mi Solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con **[insert name of program specific to your school]**

___ ¡Sí! QUIERO que los funcionarios escolares compartan la información de mi Solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con **[inserte el nombre del programa específico de su escuela]**

___ ¡Sí! QUIERO que los funcionarios escolares compartan la información de mi Solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con **[insert name of program specific to your school]**

Si marcó sí en alguna o en todas las casillas anteriores, complete el formulario a continuación para asegurarse de que su información se comparta para los niños que se indican a continuación. Su información se compartirá solo con los programas que marcó.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letras de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **Darlene Siegle** al **952-442-0600** o enviarle un correo electrónico a **dsiegle@isd110.org.**

Devuelva este formulario a: **512 Industrial Blvd., Waconia, MN 55387** para el **08/09/2023** De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por anteriormente haber participado en actividades de derechos civiles en algún programa o actividad dirigida o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre los programas (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja del programa por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del programa del USDA, (AD-3027) en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

1. Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary of 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 con igualdad de oportunidades.

DEPARTMENT OF EDUCATION

Complete one application per household for all children. Please use pen (not a pencil). Mail or return completed form to: Darlene Siegle, 512 Industrial Blvd., Waconia, MN 55387

2023-24 Solicitud de Beneficios Educativos

Complete una solicitud por hogar para todos los niños. Utilice bolígrafo (no lápiz). **Envíe por correo o devuelva el formulario completado a: (Información Escuela/Distrito)** _____

Paso 1: **Indique Todos los integrantes del hogar que sean bebés, niños y estudiantes** hasta el grado 12 inclusive (si se necesitan más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Definición: Un Integrante del Hogar es "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sea pariente." Para más información, lea *Cómo completar la solicitud de Beneficios Educativos*. Los adultos mayores de 12 años que vivan en el mismo hogar deben indicarse en el paso 3. Si sus niños asisten a diferentes distritos o colegios chárter/no públicos, devuelva una solicitud para cada uno de ellos.

Nombre del niño (indique todos los niños del hogar)	IM	Apellidos del niño	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Hijo adoptivo (v)
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐

Paso 2: ¿Alguno de los integrantes del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, MFIP o FDPIR? La asistencia médica **no cumple** los requisitos. **Si es NO** > Vaya al Paso 3.
Si es SÍ > Introduzca el número de caso de SNAP, MFIP o FDPIR (entre 4 y 9 dígitos, no indique el número de la tarjeta EBT) ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ y luego vaya al Paso 4 (No complete el Paso 3)

Paso 3: Reporte los ingresos de **todos** los integrantes del hogar (Omita este paso si contestó "Sí" al Paso 2)

A. **Cuatro últimos dígitos del número de seguro social (SSN)** del integrante adulto del hogar: **XXX-XX-** ☐ ☐ ☐ ☐ O marque si el adulto **No tiene SSN:** ☐ **Total de todos los integrantes del hogar** (niños + adultos) ☐

B. **Ingresos de los niños.**
A veces los niños del hogar ganan o reciben ingresos, tales como de un trabajo de medio tiempo o SSI. Por favor, incluya el **total** de los ingresos recibidos por todos los niños indicados en el Paso 1. No incluya los ingresos recibidos por los adultos en la casilla a la derecha.

Total de ingresos recibidos por todos los niños	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual
$	☐	☐	☐	☐

C. **Todos los integrantes adultos del hogar (incluido usted).** Por cada integrante del hogar indicado, si reciben ingresos, indique únicamente los ingresos brutos totales. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0" o deje algún campo en blanco. Está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. ¿No está seguro de qué ingresos debe incluir aquí? Dé la vuelta a la página y consulte la sección "Fuentes de ingresos" para obtener más información. La sección "Fuentes de ingresos" le ayudará a rellenar los apartados "Ingresos de los niños" y "Todos los integrantes adultos de la unidad familiar".

Nombres de todos los adultos del hogar (nombre y apellidos)	Ingresos brutos del trabajo					¿Es usted trabajador independiente o agricultor?			Otros ingresos brutos				
List all Household members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. Include children who are temporarily away at school or in college.	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	Report income **before deductions or taxes** in whole dollars (no cents).	Mensual	Anual	**Ingresos netos** de la agricultura o del trabajo por cuenta propia. No duplicar en ningún otro sitio.	Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual	SSI, desempleo, asistencia pública, manutención de niños y otros en la página 2
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$
	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$

Paso 4: Información de contacto y firma de un adulto. "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que esta información se da en relación con la obtención de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables."
☐ He marcado esta casilla si no deseo que mi información se comparta con el programa de asistencia médica de Minnesota según lo permite la ley estatal.

Nombre impreso del adulto que firma la solicitud Teléfono de día

Dirección (si está disponible) Apto# Ciudad CP

FIRME AQUÍ: Firma del adulto del hogar Fecha

Do Not Fill Out: For School Office Use Conversions to Annualize All Income:	X52	X26	X24	X12	X1	☐ **Verified? Attach Tracker**	No change ☐	Free After Verified ☐	Reduced After Verified ☐	Denied After Verified ☐
All Total Income (Include child and adult income)	Weekly	Bi-weekly	2X Month	Monthly	Annualize	**Household Size:**	Categorical Eligibility	Free	Reduced	Denied
$	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐
Determining Official Signature:								**Date:**		
Confirming Official Signature:								**Date:**		

Consulte la página 2 para obtener información adicional. Devuelva la solicitud completada a la escuela a la dirección indicada en la parte superior del formulario. No lo envíe al Departamento de Educación de Minnesota ni al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

OPCIONAL: Identidad racial y origen étnico de los niños

Tenemos la obligación de pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos. Responda al paso uno, *Origen étnico* y al paso dos, *Raza*.

Paso uno: Origen étnico (marque una): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Paso dos: Raza (marque una o más): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Blanco

INSTRUCCIONES: Fuentes de ingresos

Fuentes de ingresos de los niños

Fuentes de ingresos de niños	Ejemplos
• Ingresos del trabajo • Seguro social a. Pagos por discapacidad b. Beneficios de sobreviviente • Ingresos procedentes de una persona fuera del hogar • Ingresos procedentes de cualquier otra fuente	• Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial en el que recibe un sueldo o salario • Un niño es ciego o tiene una discapacidad y recibe el seguro social • Un padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado o ha fallecido y su hijo recibe Beneficios de la Seguridad Social • Un amigo o un miembro de la familia le da regularmente dinero para gastos al niño. • Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingresos de los adultos

Ingresos del trabajo	Asistencia pública / Pensión alimenticia	Otros ingresos
• Sueldo, salario, bonificaciones en efectivo (antes de deducciones o impuestos) • Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agricultura o negocio) • Si pertenece a las Fuerzas Armadas de EE.UU: a. Sueldo base y bonificaciones en efectivo (NO incluya la paga de combate, la FSSA ni los subsidios de vivienda privatizados) b. Subsidios para vivienda, comida y ropa fuera de la base	• Ayudas en efectivo del gobierno estatal o local • Ingreso Suplementario del Seguro • Beneficios por desempleo • Indemnización laboral • Pensiones alimenticias • Pagos de manutención de niños • Beneficios para veteranos • Beneficios de huelga	• Seguro social • Beneficios por incapacidad • Ingresos regulares procedentes de fideicomisos o herencias • Anualidades • Ingresos por inversiones • Ingresos por alquiler • Pagos regulares en efectivo procedentes de fuera del hogar

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere la información de esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de la seguridad social no son necesarios si presenta la solicitud en nombre de un niño en un hogar sustituto o si indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su niño, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de la seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su niño reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

En los distritos escolares públicos, la declaración de comidas escolares de cada estudiante también se registra en un sistema informático estatal que se utiliza para informar de los datos de los estudiantes al MDE, tal y como exige la ley estatal. El MDE utiliza esta información para: (1) Administrar programas estatales y federales, (2) Calcular los ingresos de compensación para las escuelas públicas, y (3) Juzgar la calidad del programa educativo del estado.

Declaración 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 institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el formulario AD-3027, USDA Programa de Formulario de Denuncia de Discriminación que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la causa y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por:

(1) **correo postal:** 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 or (202) 690-7442; o
(3) **correo electrónico:** program.intake@usda.gov
(4) Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.