



FORMULARIO DE CALIFICACIÓN POR INGRESOS PARA EL BENEFICIO DE COMIDAS DE CACFP (Cuidado para niños)

Parte 1. Todos los miembros del hogar Nombre del niño(s) inscrito(s):

Nombre de todos los miembros del hogar (Nombre, inicial de segundo nombre, apellido)	MARQUE SI ES UN HIJO DE CRIANZA (RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE ASISTENCIA SOCIAL O TRIBUNAL) *SI TODOS LOS NIÑOS QUE APARECEN ABAJO SON HIJOS DE CRIANZA, SÁLTESE A LA PARTE 5 Y FIRME ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO HAY INGRESOS
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. Beneficios: Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDPIR, proporcione el nombre y el número de elegibilidad de la persona que recibe los beneficios. Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la parte 3.
 NOMBRE: _____ NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 3. (Aplica solamente para padres/guardianes de niños inscritos en guarderías en hogar) Si algún miembro de su hogar recibe beneficios que se encuentren en la *Lista de Programas de asistencia Federales/Estatales (H1660)*, proporcione el nombre del programa y el número de elegibilidad: NOMBRE: _____
 NÚMERO DE ELEGIBILIDAD: _____

Parte 4. Ingreso bruto total de su hogar: Usted debe decirnos cuánto es y la frecuencia en que lo recibe

SÓLO para los que trabajan por cuenta propia, indique ingresos después de gastos en la Casilla 1	B. Ingreso bruto y frecuencia en que lo recibe			
1. Ganancias del 2. Asistencia pública, 4. Todo ingreso A. Nombre trabajo antes de manutención de niños, 3. Pensiones, jubilación, adicional (Ponga sólo los miembros del hogar deducciones pensión alimenticia Seguro Social, beneficios que tengan ingresos) de SSI, VA (Ejemplo) Jane Smith \$200/semanales ___ \$150/dos veces por mes, \$100/mensuales ___ \$200/cada 2 meses				
	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___
	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___
	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___
	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___
	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___	\$ ___/___

Parte 5. Firma y los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)
 Una persona adulta de este hogar debe firmar esta forma. Si se llena la Parte 4, el adulto que firma la forma debe además anotar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar la cajilla que dice: "Yo no tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración del Acta de Privacidad en la próxima página.)

Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que el centro o casa de guardería recibirá fondos Federales a base de la información que yo presento. Yo entiendo que los funcionarios de CACFP puedan verificar la información. Yo entiendo que si doy información que sé que es falsa, las personas que reciben las comidas pueden perder esos beneficios, y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Nombre con letra de molde: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuatro últimos dígitos del Número del Seguro Social: *** - ** - ____ - ____ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica o racial del participante (opcional)

Anote una identidad étnica: Anote una o más identidades raciales:

hispano o latino Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
 No hispano ni latino Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico
 Negro o Africano-Americano

Parte 7. Compartir información con otros programas: OPTATIVO

La información de arriba sobre ingresos del hogar puede divulgarse con el fin de inscribir a los niños en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Los padres/tutores no están obligados a dar consentimiento respecto a dicha divulgación y el optar por no divulgar no afectará adversamente a los beneficios del niño.

Sí acepto que la información de mi familia sea divulgada.

No acepto que la información de mi familia sea divulgada.

~~No rellene esta parte. Esto es para uso oficial solamente.~~

Conversión de Ingresos Anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces por Mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: Semana, Cada 2 semanas, Dos veces por mes, Mes, Año Tamaño de la familia: _____

Calificación categórica: ___ Fecha retirado: _____ Calificación: Gratuita ___ Reducida ___ Negada ___ Nivel I ___ Nivel II ___

Motivo: _____

Firma del Funcionario que Decide: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario que hace el seguimiento: _____ Fecha: _____

Declaración del Acta de Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que se pide en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si se niega a hacerlo, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratis o a un precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta de su hogar quien firma la solicitud. El número del Seguro Social no es necesario cuando aplica como representante de un niño adoptivo o indica un número de elegibilidad de los siguientes programas: Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR). El número de elegibilidad puede ser del participante u otro identificador (FDPIR) o cuando se indica que algún miembro adulto de la familia firme y no tenga un número del Seguro Social. Nosotros utilizaremos la información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento legal del programa.

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

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

NAR, Incorporated CE:02935

FORMA DE INSCRIPCIÓN

Nombre de Guarderia: Royal Education Center LLC

AVISO IMPORTANTE: Esta forma se debe llenar solamente por el participante o guardián en el momento de la inscripción. Al no llenar completamente esta forma, resultará negado el pago de las comidas de este participante para esta guarderia.

NOMBRE DE NIÑO(S):

Apellido:	Nombre:	Código	Fecha de Nacimiento	Hrs Normalmente en cuidado	Circule Dias Normalmente en cuidado	Circule Comidas Meriendas Norm. Servidas	Fecha Original de inscripción	Fecha de Retiro
				Entrada Salida	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		
				AM / PM AM / PM	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		
				AM / PM AM / PM	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		
				AM / PM AM / PM	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		
				AM / PM AM / PM	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		
				AM / PM AM / PM	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		
				AM / PM AM / PM	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		
				AM / PM AM / PM	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		
				AM / PM AM / PM	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		
				AM / PM AM / PM	Lu Mar Mier Jue Vie Sab Dom	BR AM LU PM SU EV		

Si necesita espacio adicional, favor de utilizar otra forma. *Br=Desayuno AM PM EV=Merienda Lu=Almuerzo Su=Cena

Yo certifico que he recibido los siguientes folletos: (1) Nos Preparamos Para El Futuro que me notifica que esta guarderia recibe asistencia económica federal para servir comidas nutritivas a mi hijo(s) que debe satisfacer las necesidades nutricionales establecido por USDA Programa de Alimentos para Niños y Adultos. (2) Información del Programa W.I.C. (3) Formulario de Calificación por Ingresos Para el Beneficio de comidas de CACFP (4) Carta a los Hogares (5) Procedimiento de queja para los padres sobre derechos civiles. Todos los folletos fueron recibidos en el lenguaje apropiado.

NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN: _____ APELLIDO: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha de Firma: _____

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 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.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.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; o (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.

PREFERENCIA DE COMIDA PARA INFANTES EN EL PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA NIÑOS Y ADULTOS

Sitio/Nombre de Proveedoradora: _____

Esta Guardería ofrece la siguiente fórmula infantil: _____

Nombre del Infante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Inscripción: _____

Preferencia de Leche Materna y/o Fórmula

Favor de marcar su preferencia (seleccione todo lo que es aplicable)	Fecha de Hoy <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> 0 - 5 meses	Fecha de Hoy <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> 6 - 11 meses
Yo proveeré la leche materna para mi infante, o Yo amamantaré a mi infante en la guardería.		
Yo quiero que el proveedor provee a mi infante la fórmula que es ofrecida.		
Yo proveeré la fórmula para mi infante		
Favor de indicar la fórmula del infante que va a traer: _____		

Preferencia respecto a cereales infantiles y otros alimentos

Favor de marcar su preferencia	Fecha de Hoy <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> 6 - 11 months
Mi infante está desarrollado y preparado para consumir alimentos sólidos. Quiero que el proveedor provee el cereal de infante y/o otros alimentos para mi bebé.	
Mi infante está desarrollado y preparado para consumir alimentos sólidos. Yo proveeré el cereal y/o otros alimentos para mi infante.	
Mi infante N O está desarrollado y no está preparado para consumir alimentos solidos. Yo le informaré a la proveedoradora cuando y cuales alimentos sólidos serán introducidos a mi infante en ese tiempo.	
Favor de anotar: El establecimiento es responsable de asegurar que esta sección sea actualizada por el padre/tutor una vez que el infante esté desarrollado y preparado para consumir alimentos sólidos.	

Firma de Padre/guardian: _____

Fecha de Firma: _____

1. Esta forma debe estar archivada para cada infante que esté matriculado bajo su cuidado.
2. Esta forma debe estar al corriente para cada infante matriculado bajo su cuidado hasta que cumpla un año de edad.
3. Si el padre/guardian provee leche materna pero la proveedoradora se la da al infante, y/o si la madre amamanta a su hijo en el sitio, el alimento puede ser reclamado para reembolso.
4. Si el padre/guardian rechaza la fórmula, pero la proveedoradora ofrece otros componentes, las comidas y meriendas pueden ser reclamadas para reembolso.
5. Si el padre/guardian rechaza los alimentos que son ofrecidos por la proveedoradora al infante, las comidas y meriendas no pueden ser reclamadas para reembolso. (Reclamar solamente la asistencia)

Preferencia de Comida Para Infantes en el Programa de Alimentos Para Niños y Adultos

Estimado padre/tutor,

Esta proveedora de cuidado de niños participa en el Programa de (CACFP) Alimentos para Adultos y Niños y recibe el reembolso del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) para servir comidas nutritivas a los niños de acuerdo con los requisitos del programa. La participación en este programa requiere que los proveedores de cuidado de niños sigan las pautas dietéticas específicas según la edad del bebé..

Si su niño es amamantado exclusivamente, la proveedora de cuidado de niños que participan en el CACFP puede alimentar a su bebé la leche materna que usted suministra y cumplir con los requisitos del patrón alimenticio. La lactancia materna es ampliamente reconocida como la mejor fuente de nutrición para los niños.

La Institución de Medicina y de la Academia Americana de Pediatría, recomiendan que los adultos/cuidadores, que trabajan con los niños y sus familias, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y la continuación de la lactancia materna en relación con los alimentos complementarios durante 1 año o más, y el Departamento de Agricultura de Texas (TDA) recomienda a los proveedores de cuidado infantil a destinar un espacio para que las madres amamenten a sus bebés en el centro de cuidado.

Proveedores/as de cuidado infantil que participan en el CACFP **están obligados** a ofrecer al menos una fórmula infantil para los niños que están inscritos en el cuidado infantil. Usted puede rechazar la fórmula infantil ofrecida, y suministrar la leche materna y/o su propia fórmula infantil preferida.

Además, al determinar en consulta con su médico de que su hijo/a está listo en su desarrollo, también será necesario que el proveedor/a de cuidado de niños ofrezca cereales para bebé y otros alimentos. Al igual que con la fórmula infantil, usted puede rechazar el cereal para bebés y otros alimentos ofrecidos por el/la proveedor/a y usted puede dar esos elementos a su proveedor/a de cuidado infantil. Es importante tener en cuenta que su proveedor de cuidado infantil no recibirá reembolso por comidas que contengan más de un componente proporcionado por los padres. Hable con su proveedor de cuidado infantil para entender qué componentes son necesarios para la comida de su , bebé y las excepciones realizadas para bebés con discapacidades, para que su bebé reciba la alimentación más nutritiva posible.

Es muy importante que indique sus preferencias en el formulario para que podamos cumplir con las opciones de nutrición que ha hecho por su familia. Favor de completar la información en la forma de "Preferencia de Comida Para Infantes en el Programa de Alimentos Para Niños y Adultos" para que señale su preferencia de fórmula infantil, cereal para bebé y otros alimentos.

Estimado Padre/Tutor:

Esta carta está dirigida a todos los padres o tutores de niños que están inscritos en centros de cuidado infantil. Royal Education Center LLC ofrece comidas saludables para todos los niños inscritos como parte de nuestra participación en el Programa de Atención Alimenticia para Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés). El CACFP ofrece reembolsos por comidas y meriendas saludables que se les sirven a los niños inscritos en centros de cuidado de niños. Por favor, ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP llenando el Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas que está adjunto a esta carta. Además, al llenar este formulario, podremos determinar si su hijo(s) califica para recibir comidas gratis o a un precio reducido.

1. ¿Debo llenar un Formulario de Calificación para el Beneficio de Comidas por cada hijo que esté en un centro de cuidado diario? Podría ser que tenga que completar y presentar un Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP para todos los niños de su hogar que están inscritos para recibir cuidado diario, pero sólo si están inscritos en el mismo centro. No podemos aprobar un formulario que no esté completo, por eso, debe asegurarse de leer las instrucciones con cuidado y llenar toda la información que se solicita. Devuelva el formulario ya llenado a: Royal Education Center LLC 2001 S. Jackson Road (956) 666-9011 .

2. ¿Quién puede recibir comidas gratis sin tener que entregar información sobre ingresos? Pueden recibir comidas gratis los niños en hogares inscritos en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (anteriormente "Estampillas para comida"), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR). Los niños en familias de crianza (consulte la pregunta N° 8 si desea más información sobre niños de crianza) y los niños inscritos en el Programa "Head Start" (HSP), el Programa "Early Head Start" (EHSP), o el Programa Even Start ESP) y que aún no han comenzado el jardín infantil, también califican para recibir comidas gratis. Los hogares que tienen niños inscritos en un HSP, EHSP, o ESP, pueden entregar una carta de certificación del programa de que el niño está inscrito, y así no necesitan llenar un Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP.

3. ¿Quién puede recibir comidas a precios reducidos? Los niños pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de precios reducidos de la Tabla de Ingresos que se envió junto con esta solicitud. Los niños en hogares que participan en WIC podrían calificar para recibir comidas a precio reducido.

4. ¿Puedo llenar el formulario si en mi hogar hay una persona que no es ciudadano estadounidense? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para el beneficio de comidas del centro.

5. ¿A quiénes debería incluir como miembros de mi hogar? Debe incluir a todos los miembros de su hogar (es decir, los abuelos, otros parientes, o amigos que viven con usted) que comparten los ingresos y los gastos. Debe incluirse usted mismo y a todos los niños que viven con usted. También puede incluir a los niños de crianza que viven con usted.

6. ¿Cómo entrego la información sobre mis ingresos y notifico los cambios en mi situación laboral? Su informe de ingresos debe presentar los ingresos totales brutos recibidos el último mes por cada miembro del hogar indicando la fuente. Si su informe de ingresos del último mes no refleja con exactitud su situación, puede presentar una proyección de sus ingresos mensuales. Si no ha tenido cambios importantes, puede usar los ingresos del mes pasado como base para preparar esa proyección. Si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los montos indicados para el tamaño de su hogar en la Tabla de Ingresos adjunta, el centro recibirá un mayor nivel de reembolsos. Una vez que tenga la aprobación para recibir beneficios gratis o a precios reducidos, ya sea mediante ingresos o presentando un número de caso vigente del SNAP, TANF, o FDPIR, usted seguirá calificando para recibir esos beneficios por 12 meses. Sin embargo, deberá notificarnos si usted o alguien de su hogar queda desempleado y la pérdida de ingresos hace que los ingresos de su hogar queden dentro de los parámetros para calificar.

7. ¿Qué puedo hacer si mis ingresos no siempre son iguales? Indique el monto que percibe normalmente. Por ejemplo, si sus ingresos mensuales generalmente son de \$1000, pero en el último mes no trabajó tanto y sólo recibió \$900, indique que recibe \$1000 mensuales. Si generalmente trabaja horas extras, debe incluir eso también, pero no lo incluya si es solamente a veces.

8. ¿Qué hago si tengo niños de crianza? Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o un tribunal de crianza califican para recibir comidas gratis. Cualquier niño de crianza del hogar califica para recibir comidas gratis independientemente de los ingresos del hogar. Los hogares pueden incluir a niños de crianza en el Formulario de Beneficios de Comidas, pero no están obligados a hacerlo. ~~Los pagos recibidos por crianza de corta residencia.~~ Los hogares que deseen solicitar esos beneficios para los niños de crianza pueden entregar un formulario de certificación de crianza de Texas, y así no tendrán que llenar el Formulario de Calificación por Ingresos para el Beneficio de Comidas del CACFP.

9. Pertenece al ejército, ¿debemos incluir nuestras pensiones de vivienda y suplementaria como ingresos? Si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas del Ejército, y además recibe Un Beneficio Suplementario de Subsistencia Familiar, no incluya esas pensiones como ingresos. Además, con relación a miembros del ejército en zonas de combate, sólo se contará como ingresos del hogar la parte de los ingresos del miembro del ejército que hayan sido designados por él o a nombre suyo para que vayan al hogar. Los sueldos por combate, incluyendo el Pago de Incentivos de Extensión de Servicio (DEIP) también quedan excluidos y no se contarán como ingresos del hogar. Todas las demás pensiones se deben incluir en sus ingresos brutos.

10. (Únicamente para el programa de precios) ¿Se verificará la información que yo presente? Quizás. Quizás le pidamos que envíe prueba escrita para verificar la información que presentó en el formulario. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión que se tome sobre la información que yo coloque en este formulario?** Puede comunicarse con [Not Applicable], ya sea en persona o mediante el siguiente número de teléfono: [Not Applicable]. Puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: [Not Applicable].

En el manejo de los programas de alimentación infantil, no se discriminará a personas según su raza, color de la piel, nacionalidad de origen, género, edad, o discapacidad.

Si tiene alguna otra pregunta, o necesita ayuda, llame al (956) 381-6271.

Atentamente,
NAR, Incorporated