AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA REDUCIDA

Estimado/a padre/madre/tutor: Fecha: [insertar fecha]

Queremos informarle que el/los niño(s) mencionados a continuación han sido considerados para la certificación directa a un nivel de beneficios reducidos en base a la participación en Medicaid. Esta información puede ser compartida con otras oficinas dentro del Departamento de Educación de Indiana, para ser utilizada en la determinación de asignaciones de Título I, becas Choice y otras oportunidades de financiamiento. Como una escuela no pública, también utilizaremos esta información para la asistencia de libros de texto. Junto con estos beneficios escolares, los niños mencionados también serán identificados como elegibles para participar en el programa Summer-EBT llamado SUN Bucks para el verano de 2025.

Además, con la aprobación de los padres, nuestra escuela también puede utilizar la información por las siguientes razones [insertar el nombre de los programas que requieren inscripción]. Para inscribirse para participar en estos programas, complete la sección de inscripción en la página 2 de este aviso y envíela a [insertar instrucciones].

**NO complete una solicitud alternativa de elegibilidad para el hogar ni una solicitud de SUN Bucks para los siguientes niños:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño | Nombre de la escuela |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Póngase en contacto con la escuela a la que asiste(n) su(s) hijo(s) en las siguientes situaciones:**

* Si hay otros niños en su hogar que no están mencionados anteriormente y desea que reciban beneficios reducidos en la escuela.
* No desea que sus hijos reciban beneficios reducidos. .
* Si tiene alguna pregunta más.

Si considera que sus niños reúnen los requisitos para recibir beneficios gratuitos - complete y devuelva una solicitud de beneficios Gratuitos/Reducidos a la escuela con información sobre sus ingresos o un número de caso actual de SNAP (cupones de alimentos)/TANF.

Para las escuelas no públicas con asistencia para libros de texto: También tiene derecho a rechazar los beneficios de libros de texto completando la información en el cuadro a continuación. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con [nombre de la persona de contacto en la escuela] en [insertar número de teléfono] o [ insertar dirección de correo electrónico].

Atentamente,

[firma de la persona de contacto de la escuela]

**Para obtener más información sobre SUN Bucks, incluida la forma de excluirse del programa de verano, visite la página web de SUN Bucks**: <https://www.in.gov/doe/nutrition/indiana-sun-bucks-summer-ebt/>.

LAS ESCUELAS NO PÚBLICAS CON ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO INCLUYEN LA OPCIÓN DE EXCLUSIÓN A CONTINUACIÓN:

|  |
| --- |
| COMPLETE EL CUADRO A CONTINUACIÓN SI **NO** DESEA QUE SU(S) HIJO(S) RECIBA(N) BENEFICIOS DE LIBROS DE TEXTO, LUEGO ENVÍE LA DECLARACIÓN SIGUIENTE A LA ESCUELA. |

|  |
| --- |
| Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * No quiero que mi(s) hijo(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_reciba(n) beneficios para   Nombre(s) del(de los) niño(s)  los siguientes programas. (marque todos los que desee excluir)   * ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del padre/madre/tutor: |

INCLUIR SOLO SI TIENE PROGRAMAS ADICIONALES QUE REQUIERAN LA INSCRIPCIÓN DE LOS PADRES PARA PARTICIPAR:

|  |
| --- |
| COMPLETE EL CUADRO A CONTINUACIÓN SI **DESEA** QUE SU(S) HIJO(S) RECIBA(N) BENEFICIOS PARA LOS SIGUIENTES PROGRAMAS. LUEGO, ENVÍE LA DECLARACIÓN SIGUIENTE A LA ESCUELA. |

|  |
| --- |
| Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Me gustaría realizar la inscripción **en** los siguientes programas. (Marque todos los que correspondan y enumere el/los niño[s] aprobado[s] para recibir el beneficio). * [programa] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   nombre del(de los) niño(s)   * [programa] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   nombre del(de los) niño(s)   * [programa] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   nombre del(de los) niño(s)    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del padre/madre/tutor: |