

**INSTRUCTIONS FOR  
LETTER OF DETERMINATION – PRICING PROGRAMS (H1663)**

Contracting entities (CEs) that operate a pricing program must use this letter to inform a participant about the eligibility determination made regarding his/her *CACFP Meal Benefit Income Eligibility* form.

Enter the date of letter and name of participant in the space provided.

Indicate if the participant is eligible for free meals or eligible for reduced-price meals. Enter the meal prices in the spaces provided if the participant is eligible for reduced-price meals.

If the participant is not eligible for free or reduced-price meals indicate “Denied”, enter the effective date, and mark the reason the participant is denied. If “other”, provide an explanation.

Enter the name, title, address and telephone number of the hearing official.

The site representative will sign the form, and print his/her name and title.

THIS PAGE LEFT INTENTIONALLY BLANK

Date/Fecha

Your application for meals in the Child and Adult Care Food Program (CACFP) is:/ Su solicitud para comidas del Programa de Alimentos para Centros de Cuidado de Adultos y Niños (CACFP) ha sido:

- Approved for free meals/** Aprobada para comidas gratis.
- Approved for reduced-price meals at the following rates:/** Aprobada para comidas a precio reducido a los siguientes precios:

Breakfast/Desayuno	Lunch/Supper/ Almuerzo/Cena	Snack/ Bocadillo
--------------------	-----------------------------	------------------

- Denied, effective/** Negada, a partir del \_\_\_\_\_ **for the following reason:/** por la siguiente razón:

- Income Over the Allowable Amount/** Los ingresos sobrepasan la cantidad permitida
- Incomplete Application/** La solicitud está incompleta
- Other (explain)/** Otra (por favor, explique): \_\_\_\_\_

If you do not agree with this decision, you may discuss it with us. If you want to review the decision further you have a right to a fair hearing. Call or write:

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar con nosotros. Si quiere revisar la decisión más a fondo, tiene el derecho a una audiencia imparcial. Llame o escriba:

Name (print)/Nombre (en letra de molde)	Title/Título	Telephone No./Teléfono
Address/Dirección		

Households approved for free or reduced-price meals are not required to report changes in income status, household size or when the household is no longer eligible for Medicaid, SSI or SNAP. This provision does not apply to a household provided with "temporary" approval for meal benefits. You may apply for program benefits at any time during the year. If you are not eligible now but your household income decreases, you become unemployed, or your household size increases, you may fill out a new application.

Las unidades familiares aprobadas para recibir comida gratis o a precio reducido no tienen que informar sobre cambios en los ingresos, el número de personas en la unidad familiar o si la unidad familiar ya no llena los requisitos para Medicaid, SSI, o SNAP. Esta disposición no se aplica a las unidades familiares que tienen aprobación "temporal" para recibir beneficios de comidas.

Puede solicitar beneficios del programa en cualquier momento durante el año. Si actualmente no llena los requisitos del programa pero los ingresos de su unidad familiar se reducen, usted pierde su trabajo o el número de miembros de la unidad familiar aumenta, puede llenar una nueva solicitud.

Sincerely,

Atentamente

Signature—Facility Representative/ Firma del representante del centro

Name (print)/Nombre (en letra de molde)	Title/Título
---	--------------

**NONDISCRIMINATION:** In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) found online at: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: 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; or
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

**DECLARACIÓN de NO-DISCRIMINACIÓN:** 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](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.