# Letter to Household, Eligibility Based on Free Milk Application

*{insert contracting entity (CE) letterhead}*

*{insert date}*

Estimado *{insert parent or guardian name}*:

Hemos revisado su solicitud para recibir leche gratis para el/los siguiente(s) estudiante(s)/niño(s):

*{insert student/child’s name}*

Su solicitud ha sido:

Aprobada para leche gratis.

Negada por la(s) siguiente(s) razón(es):

Su ingreso sobrepasa la cantidad permitida.

Su solicitud está incompleta. Por favor complete los documentos adjuntos para proporcionar la información necesaria.

Si usted no está de acuerdo con la decisión, puede consultarlo con *{insert name and phone number of the reviewing official and email address if appropriate}*. Usted también tiene derecho a una audiencia imparcial. Para solicitar una audiencia imparcial, llame o escriba al siguiente funcionario antes de 10 días hábiles:

*{insert name and title of hearing official}*

*{insert address}*

*{insert telephone number}*

Usted puede volver a solicitar leche gratis en cualquier momento durante el año. Si usted no es elegible ahora, pero tiene una reducción en sus ingresos familiares, pierde su empleo, aumenta el número de personas que viven en su hogar o califica para el Programa de asistencia nutricional complementaria (SNAP), Programa de asistencia temporaria para las familias necesitadas (TANF) o Programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR), usted puede llenar otra solicitud en ese momento.

Atentamente,

*{insert signature of reviewing official}*