

NO ESCRIBIR AQUI

APPLICATION # \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR SUNNYSIDE NO. 12**  
 Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido  
 Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz)

**2020/2021**  
**AÑO ESCOLAR**

**PASO 1** Liste a **TODOS** los bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 en su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)

**Definición de Miembro del Hogar:** "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."  
**Niños adoptivos temporales (Foster)** y niños que cumplen con la definición de Migrante, Sin Hogar, o Fugitivo son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre Del Niño	IM	Apellido Del Niño	Nombre De Escuela	Numero de Matricula	Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Fugado
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 2** ¿Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia? **SNAP / TANF / FDPIR** Si  NO

Si contesto **NO**, complete el Paso 3    Si contesto **Si**, Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

Numero de Caso: \_\_\_\_\_

**PASO 3** Declare los ingresos de **TODOS** los Miembros del Hogar (No complete este paso si usted indico 'Si' en PASO 2)

SCHOOL/OFFICE STAMP

No está seguro de los ingresos que debe de incluir en esta lista?  
 Voltee a la parte de atrás de esta aplicación y revise las listas tituladas "Guías de Ingresos" para obtener más información.  
 La "Guía de Ingresos para Niños" le ayudara con la sección de Ingresos del Niño.  
 La "Guía de Ingresos Para Adultos" le ayudara con la sección para Miembros Adultos del Hogar

**A. Ingresos Del Niño** A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso BRUTO TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).  
 Ingresos BRUTO del Niño \_\_\_\_\_ Con que frecuencia?  

Semana	Quincena	2X Mes	1X Mes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B. Todos los Miembros Adultos del Hogar** (incluyéndose a usted)  
 Incluya a todos los miembros del hogar no incluidos en PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (la cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada origen, en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ningún origen, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

NOMBRES DE LOS ADULTOS DEL HOGAR <i>Nombre y apellidos</i>	INGRESOS BRUSTOS <i>Obtenidos de un trabajo</i>	Con que frecuencia				PUBLIC ASSISTANCE <i>Mantenición de Menores o Pensión Matrimonial</i>	Con que frecuencia				PENSIÓN/JUBILACIÓN <i>Otros Ingresos</i>	Con que frecuencia			
		Semana	Quincena	2X Mes	1X Mes		Semana	Quincena	2X Mes	1X Mes		Semana	Quincena	2X Mes	1X Mes
_____	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**C. Número Total de los Miembros del Hogar** (Niños y Adultos)  **Los Últimos Cuatro Números del Seguro Social (SSN)** del Proveedor Principal de Ingresos u Otro Miembro Adulto del Hoga     **Indique si no hay SSN**

**PASO 4** Información de contacto y firma de adulto

"Yo certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos Federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y me pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican."

Nombre del adulto que completo el formulario \_\_\_\_\_  
 Calle y número de casa \_\_\_\_\_ No. de Apartamento \_\_\_\_\_

Firma del adulto que lleno el formulario \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**FOR OFFICIAL SCHOOL USE ONLY** Selected for Verification

**Eligibility:** Free  Reduced  Denied  → Income Exceed  Incomplete   
 Directly Certified: Date of Disregard \_\_\_\_\_ Error Prone   
 Determining Official's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Household Size \_\_\_\_\_ Case # Application  Foster Application  Income Application   
 Total Income \$ \_\_\_\_\_ Weekly  Bi-Weekly  2X Month  Monthly  Yearly   
 Confirming Official's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Follow-Up Official's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES **Guías de Ingresos**

Guía de Ingresos Para Niños	
Tipo de ingreso	Ejemplos
Ingresos de empleo	Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario.
Seguro Social: **Pagos de discapacidad	Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.
**Beneficios de Sobrevivientes	Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social.
Ingresos de personas <u>fuera</u> del hogar	Un amigo o miembro de la familia extendida que <i>regularmente</i> le da dinero para gastar a un niño.
Ingresos de cualquier otro origen	Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.

Guía de Ingresos Para Adultos		
Ingresos del trabajo	Asistencia Pública/Mantención de Menores/ Pensión Matrimonial	Pensiones/Retiro Otros Ingresos
- Sueldos, salarios, bonos en efectivo  - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)  <b>Si usted está en el militar EE.UU.:</b> - Sueldo básico y bonos en efectivo ( <i>no incluye el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados</i> )  -Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	- Beneficios de desempleo  - Compensación del trabajador  - Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI)  - Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local  - Pagos de pensión matrimonial  - Pagos de manutención  - Beneficios de veteranos  - Beneficios de huelga	- Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro)  - Pensiones privadas o de discapacidad  - Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones  - Anualidades  - Ingreso de inversión  - Interés ganado  - Ingresos de alquiler  - Pagos en efectivo regulares fuera del hogar

## OPCIONAL **Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afectara la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

### Etnicidad (Marque Uno):

- Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

### Raza (Marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Negro o Africano Americano  
 Nativo de Hawái o Otro Isla del Pacifico Sur  
 Asiático  
 Blanco

## Compartir información con otros programas (opcional)

Padres o Guardians:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo a la información que dio en su Comidas Escolares Gratis o a precio reducido Aplicación puede ser compartida con otros programas para niños podrían calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. La firma del presente formulario no cambiará el hecho de que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido los beneficios.

- ¡Sí! Si quiero que los funcionarios de la escuela para compartir la información de mis Comidas Escolares Gratis o a precio reducido con la aplicación del siguiente programa(s) \_\_\_\_\_
- ¡NO! No quiero que los funcionarios de la escuela para compartir la información de mis Comidas Escolares Gratis o a precio reducido con cualquier otro programa de aplicación.

Si selecciona "Si" en el cuadro de arriba, por favor llene el formulario a continuación para asegurarse de que su información sea compartida, para el niño(s) que se enumeran a continuación. Su información será compartida solamente con los programas especificados.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso de la persona que firma arriba: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_, Arizona \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Si necesita más información, llame a la Oficina de Aplicaciones en (520) 545-2159 para aclaración.

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis u a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando está llenando la solicitud para un hijo de crianza o usted anota el número de caso para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmo la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis u a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza para actividades antes de los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Signos Americano, etc.) deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, favor de completar el Formulario de USDA Queja de discriminación del Programa, AD-3027, que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o favor de escribir una carta dirigida USDA y favor de poner en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o una carta al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura, Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 EE.UU.; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo Electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

## DISTRITO ESCOLAR SUNNYSIDE NO. 12

Departamento de Alimentos y Nutrición - Oficina de Servicio de Comida  
2238 East Ginter Road, Tucson, AZ 85706  
Número de teléfono: (520) 545-2159



Estimado Padre/Tutor:

Los niños necesitan comida sana para aprender. El distrito escolar unificado de Sunnyside ofrece alimentación sana todos los días. El desayuno cuesta \$1.00. El almuerzo cuesta \$2.40 (elemental) y \$2.65 (secundaria). Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido. El precio reducido es \$0.30 para el desayuno y \$0.40 para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para recibir los beneficios de comida gratuita o de precio reducido, y también instrucciones detalladas para llenarla. A continuación hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarle a usted con la solicitud.

### 1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA?

- Todos los niños en los hogares que reciben beneficios de SNAP, el Programa de Distribución de Alimentos de Reservas Indígenas (FDPPIR) o TANF pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos.
- Niños adoptivos temporales (Foster) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (Foster) o de una corte.
- Niños que participan en el Programa Head Start de su escuela.
- Niños que cumplen con la definición de “sin casa”, “fugado”, o “migrante”.
- Los niños de hogares donde la familia está dentro de los límites de la Tabla De Elegibilidad Federal de Ingresos pueden recibir comidas gratis o de precio reducido si el ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla.

**Tabla de Elegibilidad Federal de Ingresos para el Año Escolar 2020-2021**

Número de Personas en el Hogar	Ingresos Anuales	Ingresos Mensuales	Ingresos Semanales
1	\$23,606	\$1,968	\$454
2	\$31,894	\$2,658	\$614
3	\$40,182	\$3,349	\$773
4	\$48,470	\$4,040	\$933
5	\$56,758	\$4,730	\$1,092
6	\$65,046	\$5,421	\$1,251
7	\$73,334	\$6,112	\$1,411
8	\$81,622	\$6,802	\$1,570
Cada persona adicional:	+\$8,288	+\$691	+\$160

2. **¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO “SIN HOGAR, EMIGRANTE, O FUGADO”?** Usted y los miembros de su hogar no tienen una dirección permanente? ¿Permanecen ustedes en un hospicio, hotel, u otro lugar temporal? ¿Se muda su familia según la temporada? ¿Viven con usted algunos niños que han escogido abandonar a su familia? Si usted cree que hay niños en su hogar que cumplen con estas descripciones y no les han dicho que sus hijos van a recibir comida gratuita, favor de llamar a Araceli Mendoza al (520) 545-2158.
3. **¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO?** No. Use una sola solicitud para todos los estudiantes en su hogar. No podemos aprobar una solicitud que no está completa, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. Entregue la solicitud completa a: (520) 545-2159.
4. **¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO INDICANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDA GRATUITA?** No, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algunos niños en su hogar no aparecen en su notificación de elegibilidad, contacte a Clarissa Martinez al (520) 545-2159.
5. **¿PUEDO APLICAR POR INTERNET?** ¡Sí! Le animamos a que complete su solicitud en línea en lugar de una solicitud en papel si usted es capaz. La solicitud en línea tiene los mismos requisitos y le pedirá la misma información que la aplicación de papel. Visite la página <https://www.susd12.org/food-and-nutrition> para empezar.

6. **LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA?** Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año y los primeros días del nuevo año escolar hasta 31 de agosto de 2020. Usted tiene que enviar una nueva aplicación cada año escolar. Usted debe entregar una nueva solicitud al menos de que la escuela le allá informado que su hijo es elegible para el nuevo año escolar. Si usted no envía una nueva aplicación que allá sido aprobada por la escuela o si no le han notificado que su hijo es elegible para recibir comidas gratis, a su hijo se le cobrara el precio completo para las comidas.
7. **RECIBO BENEFICIOS DE WIC. ¿PUEDEN RECIBIR MIS NIÑOS COMIDA GRATUITA?** Los niños en hogares que participan en el Programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o de precio reducido. Favor de enviar una solicitud.
8. **¿VERIFICAN LA INFORMACIÓN QUE DOY?** Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporto.
9. **SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO SOLICITAR DESPUES?** Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que viven con un padre o custodio que pierde su trabajo pueden calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido si el ingreso cae debajo del límite del ingreso establecido.
10. **¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD?** Usted debe hablar con los oficiales de la escuela. Usted también puede apelar la decisión llamando o escribiendo a: John Oakley; 2238 E. Ginter Rd. (520) 545-2073.
11. **¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO NORTEAMERICANO?** Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos Norteamericanos para solicitar comida gratuita o de precio reducido.
12. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SIEMPRE SON IGUALES?** Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1000 cada mes, pero trabajó menos el mes pasado y ganó solamente \$900, anote \$1000 por mes. Si usted normalmente gana horas extra, inclúyalo; pero no lo haga si usted trabaja horas extra de vez en cuando. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o ingresos, use su ingreso actual.
13. **¿QUE PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS PARA REPORTAR?** Tal vez algunos miembros de su hogar no reciben el tipo de ingresos que pedimos que declare en la aplicación, o puede que no reciba ingreso alguno. Cuando esto suceda, puede escribir un "0" en el lugar. Favor de tomar en cuenta que cualquiera de los indicado lugares de ingreso que se hayan dejado en blanco serán contados como cerros, porque vamos a suponer que usted así lo quiso.
14. **ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE?** Su sueldo básico y los bonos deben ser reportados como ingresos. Subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o pagos FSSA-Family Subistence Supplemental Allowance, deben incluirse en su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda en su ingreso. Cualquier otro pago por despliegue militar está también excluido del ingreso.
15. **¿QUE PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA APLICACIÓN PARA MI FAMILIA?** Agregue una hoja con toda la información requerida para los miembros del hogar adicionales.

16. **MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS?**  
Para enterarse de cómo solicitar SNAP u otros beneficios, contacte a su oficina local de asistencia o llame al 1-800-352-8401.

Atentamente,  
Clarissa Martinez  
Oficina de Servicio de Comida  
(520) 545-2159

*De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza para actividades antes de los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Signos Americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.*

*Para presentar una queja de discriminación del programa, favor de completar el Formulario de USDA Queja de discriminación del Programa, AD-3027, que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o favor de escribir una carta dirigida USDA y favor de poner en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o una carta al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura, Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9470 EE.UU.; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo Electrónico: [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov).*

*Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.*