

McMinnville School District #40
COMPARTIENDO INFORMACIÓN DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre / Tutor:

La información que usted proporciona en la Solicitud Confidencial para Comidas Gratuitas o a Precio Reducido sólo se usa para determinar la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para comidas Gratuitas o a Precio Reducido. **Dicha información también se puede usar para determinar la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para recibir beneficios para otros programas. Para los siguientes programas debemos tener su permiso con el fin de compartir su información.**

El envío de este formulario no cambiará si su(s) estudiante(s) recibe(n) comidas gratuitas o a precio reducido.

NO ES UN REQUISITO firmar esta renuncia para participar en cualquier programa de nutrición escolar.

¡No! NO deseo que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido sea compartida con ninguno de los programas listados a continuación.

Si marcó “No”, deténgase aquí. No tiene que completar o enviar este formulario. Su información no será compartida.

¡Sí! SÍ deseo que las autoridades escolares compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido con: (Marque cada programa con el que desea que compartamos su información)

Reducción/dispensa de cuotas relacionadas a programas educacionales/escolares

Reducción/dispensa de cuotas de programas deportivos

Reducción/dispensa de cuotas de programas escolares administrativos

Reducción/dispensa de cuotas de otros programas- (Cuotas de programas médicos/dentales)

Si marcó cualquiera o todos los programas mencionados anteriormente, complete el siguiente formulario. Entiendo que estoy proporcionando información (nombre del estudiante, G/R condición y/o información de contacto) solamente a los programas que he marcado. Certifico que soy el padre/madre/tutor legal del (de los) niño(s) para el(los) cual(es) se hace esta solicitud.

Firma del padre/tutor: _____ fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Nombre del niño(a): _____ escuela: _____

Nombre del niño(a): _____ escuela: _____

Nombre del niño(a): _____ escuela: _____

Para obtener más información, llame a Monica Mejia al (503) 565-4026
Devuelva este formulario a: su escuela o al Departamento de Servicios de Nutrición

“Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.”