

Seaside School District #10
SHARING FREE OR REDUCED PRICE INFORMATION
WITH OTHER PROGRAMS

Dear Parent/Guardian:

The information you give on the Confidential Application for Free or Reduced Price Meal is only used to determine your student(s) eligibility for Free or Reduced Price meals. **The information may also be used to determine your student(s) eligibility to receive benefits for other programs. For the following programs we must have your permission to share your information.**

Sending in this form will not change whether your student(s) get free or reduced meals.

Signing this waiver is NOT A REQUIREMENT for participation in any school nutrition program.

☐ **No! I DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with any of the programs listed below.

If you checked "No", stop here. You do not have to complete or send in this form. Your information will not be shared.

☐ **Yes! I DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with: (Mark each program to which you want information released.)

☐ Educational/School related program fee waiver/reduction

☐ School Counselor Programs (testing fees, college applications, etc.)

☐ Athletic/Activity Programs fee waiver/reduction

☐ Medical/Dental Services fee waiver/reduction

If you marked any or all of the programs listed above, fill out the form below. I understand that I am releasing information (student's name, F/R status, and/or contact information) to only the programs I have marked. I certify that I am the parent/legal guardian of the child(ren) for whom application is being made.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Address: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

For more information, call (503) 738-5591.

Return this form to: Your child's school.

This institution is an equal opportunity provider.
--

Distrito Escolar de Seaside #10
COMPARTIENDO INFORMACIÓN DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO
REDUCIDO CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre / Tutor:

La información que proporciona en la Solicitud Confidencial para Comidas Gratuitas o a Precio Reducido es usada solamente para determinar la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para comidas Gratuitas o a Precio Reducido. **También se puede usar la información 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 modificará si su(s) estudiante(s) reciba(n) comidas gratuitas o a precio reducido.

La firma de esta dispensa NO ES UN REQUISITO para la participación 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 al que desea que la información le sea divulgada).

- ___ Exención / reducción de tarifas del programa educativo / relacionado con la escuela
- ___ Programas de consejeros escolares (tarifas de exámenes, solicitudes para la universidad, etc.)
- ___ Exención / reducción de tarifas de programas atléticos / de actividades
- ___ Exención / reducción de tarifas de servicios médicos / dentales

Si marcó cualquiera o todos los programas listados arriba, llene el formulario a continuación. Comprendo que estoy divulgando información (nombre del estudiante, estado de F/R y/o información de contacto) solamente a los programas que he marcado. Certifico que soy el padre/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 al (503) 738-5591.
Devuelva este formulario a: A la escuela de sus hijos.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.
--