

ISLAND TREES UFSD
Departamento de Comida y Nutrición

2016-2017 CONSENTIMIENTO PARA PRECIO REDUCIDO O GRATIS
INFORMACION DE ELEGIBILIDAD

Este formulario debe ser completado y devuelto con la aplicación gratuita y reducida para que su hijo/a pueda recibir beneficios adicionales.

Funcionarios de la escuela pueden divulgar información que demuestra que mis hijos son elegibles para comida a precio reducido o gratis o leche gratis a los siguientes programas. Entiendo que la información sólo se proporcionará a los programa (s) que son marcados al siguiente:

(Marque al lado de las áreas del programa que desea divulgar la información)

Programas de salud federales como Medicaid o Programa de seguro de salud de los niños (CHIP)

Programas estatales o federales como el Programa de trabajo de verano para jóvenes o el Programa educativo de búsqueda de talento.

Programas locales de salud y educación y otros programas locales que ofrecen beneficios tales como libros de texto gratuitos o útiles escolares, instrumentos de banda gratis, la posible eliminación de cuota para los exámenes PSAT y SAT, eliminación de cuota para el curso AP o cuotas reducidas para la escuela de verano o la educación vial u otros programas especiales.

Programas comunitarios tales como cestas festivas, artes de verano y programas de juegos infantiles.

Entiendo que se proporcionará información que demostrará que mis hijos son elegibles para comidas gratis y reducidas o leche gratis. Doy consentimiento de divulgar mi información confidencial para las organizaciones ya mencionadas.

Niño/niños

Certifico que soy el padre/tutor por quien fue hecha la aplicación.

Firma del padre/tutor: _____

Nombre en imprenta: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Fecha: _____