

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre/Tutor:

La información que proporcionó en su Solicitud de comidas escolares gratuitas o de precio reducido puede compartirse con otros programas para los que sus hijos pueden calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. El enviar esta forma no cambiara el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido.

No! **NO DESEO** que la información de mi solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

SI! **SI DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información en mi solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido con ACT, SAT Testing

SI! **SI DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información en mi solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido con BASP, if applicable

SI! **SI DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información en mi solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido con Athletic costs, if applicable

Si marco si en cualquiera o todos los cuadros anteriores, llene el formulario a continuación. Su información será compartida solamente con los programas que usted marco.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma Del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Dirección: _____

Para más información, puede marcar a **[name]** al **[phone]** o **mandar un correo electrónico a [e-mail address]**.

Envía este formulario a: **[address]** antes de **[date]**.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.