



DAVE HARVEY, Director
Food and Nutrition Services
3625 Fairview Industrial Drive SE • Salem, Oregon 97302
503-399-3091 • FAX: 503-391-4073

Christy Perry, Superintendent

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).

- Programa educativo cuota reducida o gratis (Educational program fee waiver/reduction)
- Reducción o gratis de la cuota de programa deportivo (Athletic program fee waiver/reduction)
- Reducción o gratis de la cuota escolar programa administrativo (Administrative school program fee waiver/reduction)
- Otros programas cuota reducción o gratis (médico o dental, etc.) (Other program fee waiver/reduction— medical, dental program, etc)
- No compartimos con el programa estatal de seguro de salud (Do not share with State Children's Health Insurance program)
- No tengo ningún seguro de salud (Do not have any health insurance)

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 a 503-399-3169.
Devuelva este formulario a: 3625 Fairview Industrial Dr. SE, Salem, OR 97302 o su oficina local de la escuela.

Salem-Keizer School District es un proveedor que ofrece igual oportunidad a todos.