

**Parental Release of Information Form  
 CONSENT TO SHARE CHILD NUTRITION PROGRAM  
 ELIGIBILITY INFORMATION**

If you qualify for free or reduced-price meals, you may be eligible for decreased fees to participate in other school programs.

This form is optional, and submitting/not submitting this form will not affect your child's eligibility for free or reduced-price meals, or milk. Individuals or programs receiving the information you authorize for release on this form will not share the information with any other entity or program.

Please indicate the program(s) you authorize eligibility status to be shared for each child by completing the form below. This authorizes release of name and eligibility status only; no other information or demographics is allowed to be shared.

**Consentimiento de Padres Para Compartir Información  
 CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE  
 ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN INFANTIL**

Si califica para recibir comidas gratis o a precio reducido, puede ser elegible para tarifas reducidas para participar en otros programas escolares.

Este formulario es opcional, y enviar o no enviar este formulario no afectará la elegibilidad de su Hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, o leche. Las personas o programas que reciban la información que usted autoriza para divulgar en este formulario no compartirán la información con ninguna otra entidad o programa.

Por favor, indique el (los) programa (s) que autoriza que se comparta el estado de elegibilidad de cada niño completando el formulario a continuación. Esto autoriza la divulgación del nombre y el estado de elegibilidad únicamente; no se permite compartir ninguna otra información o datos demográficos.

OTHELLO SCHOOL DISTRICT		
Check To Participate Marque Para Participar	Title of School Program Título del Programa Escolar	How Information will be Used Como Se Utilizar la Información
<input type="checkbox"/>	ASB Fees/Cuota de ASB	Optional/Extracurricular Event Social/Recreational/Athletic Event Opcional/Eventos sin acreditacion Evento social/recreativo/atletico
<input type="checkbox"/>	Testing Fees/Cuotas de Examines	N/A to HB 1660, OSD may offer reduce fees N/A HB 1660, OSD puede ofrecer tarifas reducidas

**Please list all enrolled students that you would like to participate in this program:**

School/Escuela	Full Name of Student/Nombre del Estudiante
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Name of Parent/Guardian	Date/Fecha
Firma del Padre/Guardian	_____