

Consentimiento para compartir información por beneficios y otros programas

Los niños que estén calificados para participar en el programa Federal Free - and Reduced - Price Meals (Alimentación federal sin tasa o a tasa reducida o FFRPM) también pueden estarlo para otros programas ISD194 basados en tasas, sin pagar tasas o a tasas reducidas. Si desea que su hijo participe en los programas ISD194 basados en tasas, en la modalidad de tasa reducida o sin pago de tasa, usted puede:

1. suscribir una nota autorizando a ISD194 a compartir información acerca del estado de la calificación de sus niños. Si no ha conservado una copia de la carta de Nutrición Estudiantil, deberá suscribir este formulario como forma de dar su consentimiento para compartir la información del estado de la calificación de sus hijos.

○

2. proporcionar una copia del programa de Nutrición Estudiantil declarando su calificación para el programa con base en la solicitud que ya envió o indicando que usted está directamente certificado.

Si usted está de acuerdo en compartir esta información, el estado de la calificación de sus hijos será compartido solamente con el director, el consejero o el administrador del colegio sobre la base de lo que necesiten saber a los fines descritos en este formulario.

Ingrese la información de sus hijos y marque las casillas correspondientes con (✓). La declaración para compartir esta información es voluntaria. Si no está de acuerdo en compartir la calificación de sus hijos con otros programas ISD194, ello no afectará calificación de los niños para obtener alimentación sin pago o a precios reducidos. La falta de devolución de este formulario será interpretada como su deseo de no compartir su información.

Nombre del estudiante	Grado	Nombre del colegio

Marque en la casilla o casillas correspondientes con (✓):

- SÍ** Deseo compartir la calificación FFRPM de mis hijos a los efectos de conocer TODOS LOS BENEFICIOS A LOS QUE TENGA DERECHO.

- SÍ** Deseo compartir la calificación de mis hijos para los programas que he marcado debajo con (✓).

Entiendo que no todos los programas y beneficios estarán disponibles para estudiantes de todas las escuelas y niveles.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tasas estudiantiles | <input type="checkbox"/> Tasas de clases |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades de apoyo académico | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Educación comunitaria | <input type="checkbox"/> Ejercicio/actividades |

- NO.** NO DESEO compartir la calificación del programa FFRPM de mis hijos con ninguno de los programas listados precedentemente.

Firma de padre o tutor:		Fecha:	
Nombre en letras de imprenta:			

**Devuelva este formulario junto a la solicitud o envíelo a:
Lakeville Area Public Schools, Student Information Support,
8670 210th St West, Lakeville, MN 55044
o por fax a 952-469-7660**