

## SHARING INFORMATION WITH OTHER PROGRAMS

---

Dear Parent/Guardian:

To save you time and effort, the information you gave on your Free and Reduced Price School Meals Application may be shared with other programs for which your children may qualify. **For the following programs, we must have your permission to share your information. Sending in this form will not change whether your children get free or reduced priced meals.**

---

- No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with any of these programs.
- 
- Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **The Randolph Education Foundation (REF)**.
- Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with the **Parent Teacher Organization (PTO)**.
- Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with any other **local community organizations offering assistance to my family**.
- Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **the Health Office for Morris County Vision and Dental programs**.

**If you checked yes to any or all of the boxes above, fill out the form below. Your information will be shared only with the programs you checked.**

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

E-mail Address: \_\_\_\_\_

**For more information, you may call Aggie Breda at 973-361-0808 x8210.  
Return this form to the Main Office.**

## COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

---

Querido Padre de Familia/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted proveyó en su solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños podrían calificar. **Nosotros tenemos que obtener autorización para compartir su información con los siguientes programas. El enviar esta forma no cambiará el hecho de que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido.**

---

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

---

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **The Randolph Education Foundation (REF)**.

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **Parent Teacher Organization (PTO)**.

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **organizaciones comunitarias locales que ofrecen asistencia a mi familia**.

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **la Oficina de Salud para el Condado de Morris Vision y programas dentales**.

**Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los bloques de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Para más información, usted puede llamar a Aggie Breda al **973-361-0808 x 8210**  
**Envíe ésta forma a the Main Office.**