

2023-2024

**Distrito Escolar de Beaverton**

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO  
CON OTROS PROGRAMAS**

La información que proporcione en la Solicitud Confidencial para Comidas Gratuitas o a Precio Reducido se utiliza únicamente para determinar si su(s) hijo(s) es elegible para recibir comidas sin costo o a precio reducido. **La información también puede utilizarse para determinar la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir asistencia en otros programas. Los siguientes programas necesitan contar con su autorización para poder compartir su información.**

Enviar este formulario no modifica la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Firmar este formulario **NO ES UN REQUISITO** de participación en los programas de nutrición escolar.

**No, NO deseo** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido sea compartida con ninguno de los programas detallados a continuación. **Si marcó “No,” por favor, deténgase aquí. No es necesario que llene o envíe este formulario. Su información no será compartida.**

**Sí, Sí deseo** que las autoridades escolares compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido con: (Marque cada programa con el que desea compartir su información).

- Programas administrativos del Distrito Escolar de Beaverton (por ejemplo: posible reducción o exención de cuotas para programas de antes o después de clases, cuotas de actividades estudiantiles o de las tarjetas de estudiantes, así como sorteos de transferencia a escuelas opcionales).
- Programas deportivos.
- Exención/reducción de cuotas para programas escolares/educativos del Distrito Escolar de Beaverton (tales como: seguro para Chromebook, excursiones de la escuela, libros educativos de trabajo, laboratorios y exámenes de clases optativas, colegiatura de la universidad, preescolar, escuela nocturna, escuela al aire libre y exámenes PSAT/SAT/ACT).
- Exención/reducción de cuotas en gastos médicos/dentales/de visión

**Al firmar este documento entiendo que estoy compartiendo mi información (nombre del estudiante, información de contacto, estado de F/R) únicamente con los programas indicados anteriormente. Certifico que soy el padre/tutor legal del niño(s) para el cual se hace esta solicitud.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a):	Fecha de nacimiento	N° de Identificación del estudiante	Escuela
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Entregue este formulario a  
**Meal Benefits – 10740 NE Walker Road, Entrance D1, Hillsboro, OR 97006**  
o en la oficina de su escuela

BSD es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidad para todos.