

## Formulario de divulgación de información para padres

### CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN INFANTIL

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

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

Indique que autoriza el estado de elegibilidad para que el programa se comparta para cada niño completando el para a continuación. Esto autoriza la divulgación del nombre y el estado de elegibilidad solamente; No se permite compartir ninguna otra información o datos demográficos.

Distrito Escolar de Ephrata

Por favor regrese a: **Escuela Secundaria Ephrata o Escuela Intermedia Ephrata**

Año escolar: 2023-24

<b>Nombre del niño:</b>		<b>Grado:</b>
Comprobar para participar	Título del programa escolar	Cómo se utilizará la información compartida
<input type="checkbox"/>	Tarifas del cuerpo estudiantil asociado (ASB) y cualquier tarifa requerida para la participación atlética	Facilitar la exención automática de cualquier tarifa requerida para la participación atlética.
<b>Nombre del niño:</b>		<b>Grado:</b>
Comprobar para participar	Título del programa escolar	Cómo se utilizará la información compartida
<input type="checkbox"/>	Tarifas del cuerpo estudiantil asociado (ASB) y cualquier tarifa requerida para la participación atlética	Facilitar la exención automática de cualquier tarifa requerida para la participación atlética.
<b>Nombre del niño:</b>		<b>Grado:</b>
Comprobar para participar	Título del programa escolar	Cómo se utilizará la información compartida
<input type="checkbox"/>	Tarifas del cuerpo estudiantil asociado (ASB) y cualquier tarifa requerida para la participación atlética	Facilitar la exención automática de cualquier tarifa requerida para la participación atlética.
<b>Nombre del niño:</b>		<b>Grado:</b>
Comprobar para participar	Título del programa escolar	Cómo se utilizará la información compartida
<input type="checkbox"/>	Tarifas del cuerpo estudiantil asociado (ASB) y cualquier tarifa requerida para la participación atlética	Facilitar la exención automática de cualquier tarifa requerida para la participación atlética.

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

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_