SHAWNEE MISSION
SCHOOL DISTRICT
STUDENT NUTRITION SERVICES

Consentimiento para la Divulgación

Compartir la Información con Otros Programas

Estimado Padre/Tutor:

No es necesario que usted firme ni envíe este formulario para obtener un precio reducido o beneficios gratuitos del Programa de Nutrición Infantil para sus niños. Si no firma el Consentimiento para la Divulgación, esto no afectará la elegibilidad para ni la participación en los Programas de Nutrición Infantil.

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información acerca de la elegibilidad de sus niños para beneficios gratuitos o a precio reducido del Programa de Nutrición Infantil puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños pudieran calificar. Para los programas listados a continuación, debemos contar con su autorización para compartir la información.

☐ **Sí**, DESEO compartir la información acerca de la elegibilidad de mis niños con los funcionarios escolares para los beneficios del Programa de Nutrición Infantil solo con los programas que he marcado a continuación.

- ☐ Pre kinder
- ☐ Transporte
- ☐ Tarifa de recursos de instrucción
- ☐ Tarifas de pruebas avanzadas
- ☐ Recursos oftalmológicos y dentales

Si marcó sí a alguna o a todas las casillas anteriores, complete el formulario a continuación. Su información será compartida solo con los programas marcados.

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Imprenta:

Domicilio: _____

Devuelva este formulario al Servicio de Alimentos ya sea por correo o correo electrónico:
Shawnee Mission School District
Student Nutrition Services Department
6701 W 83rd Street
Overland Park, KS 66204
Email – studentnutrition@smsd.org