PISCATAWAY REGIONAL DAY SCHOOL

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

1670 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 985-8752 Fax (732) 985-8783

Elizabeth Fuzy, M.Ed., BCaBA
Principal

Meena Pasupathy, BCBA
Supervisor

WAIVER OF CONFIDENTIALITY 2026-2027

Date: _____

Dear Parent/Guardian:

The following organization(s)/individual(s) has/have requested the names of children qualifying for free or reduced price meals and/or free milk in order to provide these children with the donation(s) and/or service(s) indicated below.

If you would like your child to be eligible to receive the benefit(s) listed below, please place a check mark in theYES box. By checking the YES box, your child's name and eligibility status will be released to the organization(s)/individual(s) and you **may** be contacted by program representatives.

If you do not wish for your child's name and eligibility status to be released, please place a check mark in the NO box.

Your child's eligibility/participation in the Child Nutrition Programs will not be affected by the choices made on this Waiver of Confidentiality.

YES	**NO**	
☐	☐	Holiday Food & Gift Certificates provided by: Anonymous Sponsors
☐	☐	Vision Screenings provided by: Commission for the Blind & Visually Impaired
☐	☐	Gift Certificates & Funds provided by: One Man-One Bike-One Child

By signing this Waiver of Confidentiality, I fully understand that my child's name eligibility status will **ONLY** be released to the organizations/individuals I have indicated by checking the YES box.

_____	_____	_____
Signature of Parent/Guardian	Date	Student's Name

Please return this completed and signed form to: Elizabeth Fuzy, Principal PRDS

PISCATAWAY REGIONAL DAY SCHOOL

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

1670 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 (732) 985-8752 Fax (732) 985-8783

Elizabeth Fuzy, M.Ed., BCaBA
Principal

Meena Pasupathy, BCBA
Supervisor

RENUNCIA A LA CONFIDENCIALIDAD 2026-2027

Fecha: _____

Estimado Padre / Tutor:

La(s) siguiente(s) organización(es)/individuo(s) ha(n) solicitado(n) los nombres de los niños(as) que califican para comidas gratis o a precio reducido y/o leche gratis para poder brindarles a estos niños(as) la(s) donación(es) y/o servicio(s) indicada a continuación.

Si desea que su hijo(a) sea elegible para recibir los beneficios que se enumeran a continuación, marque la casilla SÍ. Al marcar la casilla SÍ, el nombre y el estado de elegibilidad de su hijo(a) se darán a conocer a la(s) organización(es)/individuo(s) y es posible que los representantes del programa se comuniquen con usted.

Si no desea que se divulgue el nombre y el estado de elegibilidad de su hijo(a), coloque una marca de verificación en la casilla NO.

La elegibilidad/participación de su hijo(a) en los Programas de Nutrición Infantil no se verá afectada por las elecciones realizadas en esta Exención de Confidencialidad.

SI	**NO**	
☐	☐	Comida festiva y certificados de obsequios proporcionados por: Patrocinadores anónimos
☐	☐	Exámenes de la vista proporcionados por: Comisión para Ciegos y Discapacitados Visuales
☐	☐	Certificados de regalo y fondos proporcionados por: One Man-One Bike-One Child

Al firmar esta Renuncia a la confidencialidad, comprendo plenamente que el estado de elegibilidad del nombre de mi hijo(a) SÓLO se divulgará a las organizaciones/individuos que he indicado al marcar la casilla SÍ.

_____	_____	_____
Firma del padre/Guardián	Fecha	Nombre del estudiante

Por favor devuelva este formulario completo y firmado a: Elizabeth Fuzy, Directora PRDS