

2017-2018



EXENCIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

El/la estudiante: _____

La escuela: _____ la fecha: _____

Querido padre o guardian:

Elegibilidad para comidas gratis o reducidas de precio puede utilizarse también para determinar si los niños son elegibles para otro; beneficios federal, estado y programas locales. Los siguientes es los programas para que los niños aprobaron para comidas libre o comidas a precio reducción pueden ser elegibles. Si desea ver si su hijo(a) puede ser elegible para los beneficios a continuación, marque con una X en la casilla de "sí" junto a los programas y devolver este formulario al oficial de escuela designado. Por favor complete una exención separado para cada estudiante que desea ser considerado para los programas abajo.

Marcando una X, usted entiende que la elegibilidad de su niño para las comidas de precio reducido o gratis puede usarse para determinaciones de elegibilidad para estos otros programas. Si se determinó la elegibilidad de su niño para las comidas gratis a través del proceso de certificación directa en ningún caso se revelara su elegibilidad para cupones de alimentos o TANF (asistencia temporal para familias necesitadas).

Si **NO** – **cursas vocacional- funcionariosae la escuela** podrán utilizar la información para determinar si ms hijo(a) es elegible para inscribirse en los cursos profesionales específicos y verificar inscripción en clases específicas.

Si **NO** - **JTPA (Ley de Asociación de formación de empleo)** Funcionarios de la escuela pueden utilizar la información para determinar si su hijo(a) es elegible para beneficios JTPA.

Si **NO** – **Inscripcion en la escuela de verano funcionarios la escuela** pueden usar la información para determinar si su hijo(a) es elegible para beneficios de la escuela de verano.

Si **NO** – **Otros programas/campos** _____ (Especificar campo de programa y la ubicación)
Funcionarios de la escuela pueden utilizar la información para determinar si su hijo(a) es elegible para _____ el beneficio.

Si **NO** - **Avance la colocació los** funcionarios de la escuela pueden utilizar la información para determinar si su hijo(a) es elegible para una reducción en los tarifas de exámenes (AP la prueba, PSAT).

Si **NO** – **Caridad del nivel distrital-holiday helper**

Si **NO** – **Caridad de nivel distrital- angel tree/secret Santa**

Si **NO** – **Caridad de nivel distrital-canusta de Pascua**

Si **NO** – **Caridad de nivel distrital-programe de educacion para ninos en riesgo (CARE)**

Si **NO** – **Caridad de nivel distrital- examen de los ojos and gafas gratis**

Al firmar esta renuncia, entiendo perfectamente que yo puedo ser contactado para información específica por representantes de los programas y programa de desayunos escolares que he comprobado. También entiendo que firmar esta renuncia no es una condición de recibir beneficios de precio reducido o gratis en los programas de nutrición delaesuejal. Sin embargo, el no firmar la declaración de consentimiento no afectará elegibilidad o participación en el programa y que la información no será compartida por el programa de recepción con cualquier otra entidad o programa.

Firma del padre o tutor

la fecha

Devuelva este formulario al administrador de nutrición escolar en la escuela de su hijo.

OR

Kokeeta S. Wilder, Director de la escuela de nutrición, 205 Lafayette Avenue, Fayetteville, GA 30214 (770-460-3990)

2017-2018

For Central Office Use Only

Verificar el estudiante anteriormente:

Ha sido determinado elegible gratis o reducido comidas a precio bajo el programa nacional de almuerzos escolares durante el año escolar más reciente

No se ha determinado elegible.

Firma autorizada

El título

la fecha

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture ; Office of the Assistant Secretary for Civil Rights; 1400 Independence Avenue, SW ; Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.