

**Escuelas Públicas de Lawrence**  
**Consentimiento para la Divulgación**  
**Compartir Información con otros Programas**

Estimados Padres/Guardianes:

**No es necesario que firme o envíe este formulario para obtener Beneficios del Programa de Nutrición Infantil a precio reducido o gratuitos para sus hijos. Si no firma el Consentimiento de divulgación, no afectará la elegibilidad o la participación en los Programas de nutrición infantil.**

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información sobre la elegibilidad de sus hijos para recibir Beneficios del Programa de Nutrición Infantil a precio reducido o gratuitos puede compartirse con otros programas para los que sus hijos puedan calificar. Para los programas enumerados a continuación, debemos tener su permiso para compartir su información.

- No, YO NO** quiero información sobre la elegibilidad de mis hijos para los beneficios del Programa de Nutrición Infantil compartida con cualquiera de estos programas.
  
- Si, YO** quiero que los funcionarios escolares compartan información sobre la elegibilidad de mis hijos para los beneficios del Programa de Nutrición Infantil con los programas que he marcado a continuación.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actividad Viaje de transporte          | <input type="checkbox"/> Actividad de Boletos                |
| <input type="checkbox"/> Recursos de Instrucción (f/k/a/ BMT)   | <input type="checkbox"/> Cuota de graduación: toga y birrete |
| <input type="checkbox"/> Tarifa de mantenimiento de instrucción | <input type="checkbox"/> Tarifa del dispositivo              |
| <input type="checkbox"/> Cuota de Participación                 | <input type="checkbox"/> Becas y/o Pasantías                 |
| <input type="checkbox"/> Tarifa de Co- Curriculares             |  |
| <input type="checkbox"/> Precio de Cursos                       |  |

**Si marcó sí en alguna o todas las casillas anteriores, complete el formulario a continuación. Su información se compartirá solo con los programas que marcó.**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma Padre/Guardian \_\_\_\_\_ **(requerido)** Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información puede llamar:

Departamento de Servicios de Alimentos en (785)832-5000

Regresa la forma a:

Business Office, 110 McDonald Dr. Lawrence, KS 66044

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Consent for Disclosure – 4/2022