



## Sharing Free and Reduced Price School Meal Status Information with Other Programs School Year 2018-2019

Dear Parent/Guardian:

If you received notification that your student(s) qualified for free or reduced price school meals, this information may be shared with the school/district for the purpose of waiving certain school/district program fees that you might otherwise be required to pay. The school/district is not permitted to share your information with anyone else. You are not required to consent to the release of your information; this will not affect your student(s) eligibility for school meals.

Return this completed and signed form to: **School District 27J Nutrition Services, 630 South 8<sup>th</sup> Avenue, Brighton, CO 80601.**

- Yes! I **DO** want school officials to share my information to waive **Athletic Fees**.
- Yes! I **DO** want school officials to share my information to waive **Class/Course Fees**.
- Yes! I **DO** want school officials to share my information to waive eligible **Full Day Kindergarten Fees**.
- Yes! I **DO** want school officials to share my information to waive **Technology Fees**.
- YES! I **DO** want school officials to share my information to waive **Transportation Fees**.
- YES! I **DO** want school officials to share my information with **Medicaid/SCHIP offices**.

If you marked any or all of the boxes above, complete the section below to ensure that your information is shared for the child(ren) in your household. Your information will be shared with only with the programs you checked.

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

**For more information regarding student fees or the fee waiving process, contact your student's school.**

**Non-discrimination Statement:** 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](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](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.

\*\*\*\*OFFICE USE ONLY—Do not write in this area. \*\*\*\*

Reviewed and Entered By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## Compartiendo Comida Gratis y de Precio Reducido Información con Otros Programas Año Escolar 2018-2019

Estimado padre de familia/tutor:

Si recibió una notificación de que sus estudiantes calificaron para comidas gratis o precio reducido, esta información puede ser compartida con la escuela / distrito con el propósito de renunciar a ciertos costos del programa de la escuela / distrito que de otra manera usted tendría que pagar. No se permite a la escuela / distrito compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir la divulgación de su información; Esto no afectará la elegibilidad de su (s) estudiante (s) para comidas escolares. Devuelva este formulario completado y firmado a: **La escuela o los servicios de nutrición del Distrito Escolar 27J, 630 South 8<sup>th</sup> Avenue, Brighton, CO 80601.**

- ¡Sí! Quiero que los oficiales de la escuela compartan mi información para las **cuotas para los deportes.**
- ¡Sí! Quiero que los oficiales de la escuela compartan mi información para las **cuotas para las clases/cursos.**
- ¡Sí! Quiero que los oficiales de la escuela compartan mi información para la **cuota para el kínder de tiempo completo.**
- ¡Sí! Quiero que los oficiales de la escuela compartan mi información para las **cuotas de tecnología.**
- ¡Sí! Quiero que los oficiales de la escuela compartan mi información para las **cuotas del transporte.**
- ¡Sí! Quiero que los oficiales de la escuela compartan mi información con las **oficinas de Medicaid/SCHIP.**

Si marcó alguna o todas las casillas de arriba, complete la sección siguiente para asegurarse de que su información sea compartida por el (los) niño (s) en su hogar. Su información será compartida sólo con los programas que ha comprobado.

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

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

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

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

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

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal: \_\_\_\_\_

**Para obtener más información sobre las cuotas de los estudiantes o sobre el proceso de exención de cuotas, comuníquese con la escuela de su estudiante.**

**Declaración de No-discriminación del USDA:** De acuerdo con la ley Federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas del Departamento de Agricultura de los E.E.U.U. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan en, o administran los programas del USDA, tienen prohibido la discriminación con base en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternos de comunicación para el programa de información (por ejemplo en Braille, letra grande, audio grabado, Lenguaje de Señas, etc.), deben contactar a la Agencia (Estatal o local) donde solicitaron sus beneficios. Los individuos que sean sordos, que tengan dificultad para oír o impedimentos del habla pueden contactar al USDA mediante el Servicio Federal de 'Relay' al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para emitir una queja por discriminación del programa, llene un Formulario de Quejas de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o envíe una carta por escrito dirigida al USDA y proporcione toda la información requerida en el formulario. Para pedir una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Mande su formulario completo o carta al USDA por: correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico al: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de oportunidades equitativas.

\*\*\*For Office Use Only—Do not write in this area.\*\*\*

Reviewed and entered by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_