



SHEBOYGAN AREA SCHOOL DISTRICT

Nutrición Escolar

1240 Washington Avenue

Sheboygan, WI 53081-4427

Teléfono: 920-459-3568

Fax: 920-459-3294

COMPARTIR INFORMACION CON OTROS PROGRAMAS 19-20

****INFORMACION CONFIDENCIAL****

Estimado Padre/Guardián:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, si su familia recibe alimentos gratis o a precio reducido para el año escolar 19-20 a través de una aplicación de almuerzos o por la Certificación Directa, su información puede ser compartida con otros programas en los que su hijo también puede calificar. **Para el siguiente programa, necesitamos su permiso para compartir su información. El entregar esta forma no cambiara el hecho de que su hijo reciba alimentos gratis o a precio reducido.**

- ¡No! **NO DESEO** que se comparta información de mi aplicación de Alimentos Gratis o a Precio Reducido con ningún otro programa.
- ¡Si! **SI DESEO** que los oficiales escolares compartan la información de mi aplicación de Alimentos Gratis o a Precio Reducido. El programa se llama (*seleccione solo una la caja, 1 forma se necesita para cada programa individual mencionado abajo*):
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lentes Gratis | <input type="checkbox"/> Descuento en el Departamento de Recreación |
| <input type="checkbox"/> Cuota de Descuento para Becas/SAT | <input type="checkbox"/> Renta de Instrumento Gratis |
| <input type="checkbox"/> Estipendio de Internet | <input type="checkbox"/> Cuotas de Aplicaciones para las Universidades |

Si usted marcó SI arriba, por favor complete lo que sigue. La información de alimentos gratis/reducidos es confidencial y se usara solo para el programa específico mencionado.

- Nombre del Niño: _____ Escuela: _____
- Nombre del Niño: _____ Escuela: _____
- Nombre del Niño: _____ Escuela: _____
- Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____
- Nombre en letra de Molde: _____
- Dirección: _____

School Name: _____ (to be returned to)

** Program Contract Person: _____ Phone Number: _____

(**As the contact person I understand that this information is **confidential** and will not share with other programs)

Declaración de No Discriminación USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: 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; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

***Para el uso de la Oficina Solamente/For Office Use Only
(No Escriba debajo de esta línea/Do not write below this line)***

Return original form to Dawn Schutte in School Nutrition Services for confirmation of status. A copy of this form will be returned to Contact Person listed above.

Free

Reduced

None