

**Districto Escolar De Molalla**  
**COMPARTIR INFORMACION GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO CON**  
**OTROS PROGRAMAS**

Estimado Padre/Tutor:

La informacion que proporcione en la Solicitud confidencial de comida gratis or reducido solo se utiliza para determinar elegibilidad de estudiante (s) para recibir comidas gratis o a precio reducido. **La informacion tambien se puede usar para determinar la elegibilidad de su estudiante (s) para recibir beneficios para otros programas. Para los siguientes programas debemos tener permiso para compartir su informacion.**

El envoi de este formulario no cambiara si sus estudiantes reciben comidas gratis oa precio reducido.

Firmar este formulario NO ES UN REQUISITO para participar en ningun programa de nutrition escolar.

---

**No! No QUIERO** que la informacion de mi solicitud de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y de Precio Reducido sea compartida con ninguno de los programas enumerados a continuacion.

**Si marco "No", detengase aqui. No tiene que completar o enviar este formulario. Tu informacion no sera compartido.**

**Si! QUIERO** que los **Oficiales de la escuela compartan la informacion de mi Solicitud de comidas escolares gratuitas oa precio reducido con: (marque cada programa en el que desea que se divulgue la informacion.)**

- Departamento Atletico
- Oficina de Contabilidad
- Administradores Escolares

**Si marco alguno o todos los programas mencionados anteriormente, complete el formulario a contunacion. Entiendo que estoy divulgandp iformacion (nombre del estudiante, estado de elegible y informacion de contacto) solo a los programas que he marcado. Certifico que soy el padre/tutor legal del (de los) nino (s) para quien se esta hacienda esta solicitud.**

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprima Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Para mas informacion, llame a la Oficina de Servicios de Nutrition **503-759-7478**

Jole.sowers@molallariv.k12.or.us

Devolver este formulario a: **412 Sweigle Ave, Molalla, OR 97038**

Esta institucion es un proveedor de igualdad de oportunidades.
--