

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS DEL HOGAR
BRENTWOOD UFSD 2021-2022**

Agosto 2021

Apreciado padre/representante:

Según la información que proporcionó en el Formulario de elegibilidad de ingresos del hogar, su hijo/hijos pueden ser elegibles para otros beneficios. Para recibir estos beneficios, debe dar su consentimiento por escrito para permitir que los funcionarios escolares den su nombre y dirección a los representantes de ciertos programas. **No firmar una declaración de consentimiento que permita la divulgación de esta información no afectará la elegibilidad o participación de su hijo en los programas de comidas escolares.**

Algunos de los programas que pueden solicitar nombres e información de elegibilidad para proporcionar beneficios, y para los cuales se requiere el consentimiento de los padres/representantes, incluyen: programas de seguro médico federal como Medicaid o el programa de seguro médico para niños (CHIP), otros programas federales, programas estatales, programas locales de salud y educación y otras actividades locales. Por ejemplo, la divulgación de la elegibilidad de los niños para recibir comidas gratis o a precio reducido o leche gratis y para determinar la elegibilidad para libros de texto gratuitos, instrumentos de banda gratuitos, canastas de feriados, útiles escolares, etc., o tarifas reducidas para la escuela de verano o programas de educación de manejo, se va a requerir el consentimiento por escrito del padre/representante del niño.

Si desea dar su consentimiento para divulgar información contenida en el Formulario de elegibilidad de ingresos del hogar de su hijo, para recibir otros beneficios, **por favor complete la declaración de consentimiento.**

Si tiene preguntas por favor llame al Departamento de Servicios de Alimentos de Brentwood UFSD al 631-434-2316.

Atentamente,
Departamento de Servicios de Alimentos
de Brentwood UFSD

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS DEL HOGAR BRENTWOOD UFSD 2021-2022

Los funcionarios escolares pueden divulgar información que demuestre que mi hijo/hijos pueden ser elegibles para los siguientes programas. Entiendo que la información solo se proporcionará al programa(s) marcado(s).

Marque la casilla junto a las áreas del programa(s) a las que desea divulgar información

- Programas de salud federales como Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP).
- Programas estatales o federales como el programa de trabajo de verano para jóvenes o el programa de búsqueda de talentos educativos.
- Programas locales de salud y educación y otros programas locales que brindan beneficios como libros de texto gratuitos o útiles escolares, instrumentos de banda gratuitos o tarifas reducidas para la escuela de verano o la educación de manejo.
- Programas comunitarios como canastas alimenticias por feriados, programas de arte de verano y de juegos infantiles.

Entiendo que estoy suministrando información que mostrará que mi hijo(s) de acuerdo con el Formulario de elegibilidad de ingresos del hogar. Doy mi consentimiento para divulgar mi información confidencial para los usos mencionados anteriormente.

Nino(a)/Ninos(as):

Certifico que soy el padre/representante del niño(a) para quien se presentó la solicitud.

Firma del padre/madre/representante: _____

Nombre en letra imprenta: _____

dirección: _____

Número telefónico: _____

Fecha: _____

Declaración de no discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalia o castigo por una actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) que puede encontrar en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.

Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles

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.