

**Renuncia Información Opcional divulgación de información confidencial para el año escolar
2022 - 2023**

Si su hijo (s) califica para recibir comidas gratis oa precio reducido, también puede ser elegible para otros beneficios si esta exención se envía a la Oficina de Nutrición en 1130 W. North Avenue, Norwalk, IA 50211 o por correo electrónico a dserres@norwalk.k12. ia.us, antes del 30 de septiembre de 2022.

Entiendo que divulgaré información que mostrará que solicité comidas escolares gratuitas o de precio reducido para mi (s) hijo (s). No es necesario que firme a continuación para recibir comidas gratis oa precio reducido. Renuncio a mis derechos de confidencialidad por: La divulgación de información al Coordinador de Evaluación del Distrito para permitirle informar a los padres y / o tutores de los recursos que pueden ser de ayuda para usted y su (s) hijo (s), como el Programa Back Pack Buddy.

Consideración de una exención total o parcial de:

- a) Libros
- b) Uniformes de banda
- c) Bata de coro
- d) Educación de conductor
- e) Transporte

El nombre del niño _____ Escuela _____

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

Seguro médico de bajo costo para los niños Si sus hijos no tienen seguro de salud, muchas familias que reciben comidas gratuitas o de precio reducido también pueden obtener un seguro de salud gratuito oa bajo costo para sus hijos. La ley requiere que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad para comidas gratis oa precio reducido con Medicaid & hawk-i, el programa de seguro médico del estado para niños. Las escuelas privadas, RCCIs y organizaciones de cuidado infantil pueden optar por compartir esta información. En concreto, les daremos el nombre de su hijo, su nombre y dirección. Medicaid & hawk-i sólo puede usar la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para un seguro de salud gratuito o de bajo costo y ponerse en contacto con usted. No se les permite usar la información de su aplicación de comida gratis y reducida para cualquier otro propósito o compartirla con cualquier otra entidad o programa. No se le requiere que nos permita compartir esta información, no afectará la elegibilidad de su hijo para comidas gratis oa precio reducido. Si usted NO desea que su información sea compartida con Medicaid o hawk-i, debe informarnos completando la información que aparece a continuación. Si desea más información, puede llamar a hawk-i al 1-800-257-8563. Además, si ya está recibiendo Medicaid o hawk-i, firme abajo. Esto evitará otro contacto. Mi firma a continuación indica que NO quiero que los oficiales de la escuela compartan información de mi solicitud de comida gratis oa precio reducido con Medicaid o hawk-i.

Nombre del Padre / Guardián (Impreso) _____

Firma _____ Fecha _____