

**USD 315 Colby Public Schools**  
**Consentimiento para la Divulgación**  
**Compartir la Información con Otros Programas**

Estimado Padre/Tutor:

**No es necesario que usted firme ni envíe este formulario para obtener un precio reducido o beneficios gratuitos del Programa de Nutrición Infantil para sus niños. Si no firma el Consentimiento para la Divulgación, esto no afectará la elegibilidad para ni la participación en los Programas de Nutrición Infantil.**

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información acerca de la elegibilidad de sus niños para beneficios gratuitos o a precio reducido del Programa de Nutrición Infantil puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños pudieran calificar. Para los programas listados a continuación, debemos contar con su autorización para compartir la información.

- No**, NO deseo compartir la información acerca de la elegibilidad de mis niños para los beneficios del Programa de Nutrición Infantil con ninguno de estos programas.
- Sí**, DESEO compartir la información acerca de la elegibilidad de mis niños con los funcionarios escolares para los beneficios del Programa de Nutrición Infantil solo con los programas que he marcado a continuación.
- Educational Materials Fee
  - Athletics/Activities
  - Driver's Education
  - Colby Rec Department

Si marcó sí a alguna o a todas las casillas anteriores, complete el formulario a continuación. Su información será compartida solo con los programas marcados.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

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

Nombre en Letra de Imprenta:

Domicilio: \_\_\_\_\_

Para más información, puede llamar:

Nombre del Funcionario Escolar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Devuelva este formulario a los domicilios a continuación antes del \_\_\_\_\_.

Domicilio: \_\_\_\_\_

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleos en base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y donde corresponde, preferencias políticas, estado civil, situación familiar o de parentesco, orientación sexual o que todo o parte de los ingresos de la persona sean derivados de cualquier programa de asistencia pública o protegidos de información genética en programas de empleos o cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el Departamento. (No se aplicarán todas las prohibiciones a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación en el programa de Derechos Civiles en el USDA, complete el formulario de Queja por Discriminación del Programa USDA, que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información requerida en el formulario. Envíenos su formulario o carta de queja completa por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico al [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Las personas sordas, con discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (Español). El USDA es un proveedor y empleador que proporciona igualdad de oportunidades.