

## Central Lyon Community School Application for Waiver of Confidentiality

Dear Parent/Guardian:

Si su(s) niño(s) califica(n) para comidas gratuitas o de precio reducido, también puede ser elegible para otros beneficios. Entre estos beneficios se encuentran las cuotas escolares. Si usted firma esta exención, su(s) niño(s) será considerado para una exención parcial o completa de cuotas escolares. Comprendo que estaré dando información que demostrará que aplico para comidas escolares gratuitas y de precio reducido para mi(s) niño(s). Renuncio a mis derechos de confidencialidad para exención de cuotas escolares ÚNICAMENTE.

Certifico que soy el padre/tutor del (los) niño(s) para quien(es) se hace la solicitud.

**Firma del Padre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**USTED NO TIENE QUE COMPLETAR ESTA CLÁUSULA PARA OBTENER COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O DE PRECIO REDUCIDO.**

**Formulario de Información de *hawk-i* /Medicaid: Lea esta información y firme si usted no quiere que su nombre de revele a *hawk-i* o Medicaid**

Si su niño no tiene seguro de salud, estará interesado en saber que muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener seguros de salud gratuitos o de bajo costo para sus niños.

La Ley del Estado requiere que las escuelas compartan la información de elegibilidad de comidas gratuitas o de precio reducido con Medicaid y *hawk-i*, el programa de seguro de salud para niños estatal. Específicamente, les daremos el nombre de su niño y su nombre y dirección. Medicaid y *hawk-i* sólo pueden usar la información para identificar a niños que puedan ser elegibles para seguro de salud gratuito o de bajo costo y para contactarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratis o de precio reducido para ningún otro propósito.

No es necesario que usted nos permita compartir la información de la solicitud de sus niños para comidas gratis o de precio reducido con Medicaid o el programa *hawk-i*. No afectará la elegibilidad de sus niños para comidas gratis o de precio reducido. Si usted NO desea que la información sea compartida con Medicaid o *hawk-i*, debe avisarnos completando la información que aparece más abajo cuando complete la solicitud de elegibilidad. Si desea más información, puede llamar a *hawk-i* al 1-800-257-8563.

**NO deseo que los oficiales del hogar/escuela espónsor/centro de cuidado infantil o Head Start comparta la información de mi solicitud de comida gratis o de precio reducido con Medicaid o *hawk-i*. Aparte, si usted ya está recibiendo Medicaid o *hawk-i*, por favor firme abajo Esto evitará otro contacto**

Nombre del Niño/Grado: _____	Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
Nombre del Niño/Grado: _____	Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
Nombre del Niño/Grado: _____	Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____

**Nombre del Padre/Tutor (Impreso)** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Certifico que soy el padre/tutor del (los) niño(s) para quien(es) se hace la solicitud.

**Firma del Padre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

\_\_\_\_\_ Approved for **Free** Fees                      \_\_\_\_\_ Approved for **Reduced** Fees

\_\_\_\_\_ Fee waiver & Hawk-i signed on back of free/reduced meal application

**Superintendent's Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_