

**Declaracion de renuncia MCSD**

Si su(s) hijo(s) califica(n) para comidas gratis o a precio reducido, usted también puede ser elegible para otros beneficios. Si firma esta renuncia, su(s) hijo(s) será(n) considerados para renuncia total o parcial de tarifas escolares. Entiendo que voy a proporcionar información que demostrará que he solicitado comidas escolares gratuitas y a precio reducido para mi(s) hijo(s). La elegibilidad financiera de su familia será compartida con estos programas.

- ▶ Programa de Educacion (Registro, Libros, excursions)    ▶ Programas de Musica (instrumentos, zapatos)
- ▶ Transporte (Bus)    ▶ Programas de Deportes (Tasas, Zapatos, Fisicos)    ▶ Salud (exámenes, Dental)

Renuncio a mis derechos de confidencialidad ÚNICAMENTE para renunciar a las tarifas escolares.

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

Nombre del Nino	Escuela	Grado

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NO COMPLETE ESTA CASILLA SI QUIERE QUE SUS HIJOS RECIBAN COMIDA GRATIS O A PRECIO REDUCIDO.**

\*\*\*\*\*

**Formulario de información hawk-i / Medicaid**

**Lea esta información, Firme abajo y devuelva esta página a la escuela si decide que no desea que su nombre sea dado a conocer a hawk-i o Medicaid.**

Si sus hijos no tienen seguro de salud, muchas de las familias que reciben alimentación gratuita o a precio reducido también pueden obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo para sus hijos. La ley exige que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad para recibir alimentación gratis o a precio reducido con Medicaid y **hawk-i**, el programa estatal de seguro médico para niños. Las escuelas privadas, RCCIs y organizaciones de cuidado para niños pueden optar por compartir esta información. En especial, les daremos el nombre de su hijo, su nombre y dirección. Medicaid y **hawk-i** sólo pueden utilizar la información para identificar niños que puedan ser elegibles para el seguro de salud gratis o de bajo costo y contactarle. Ellos no están autorizados para utilizar la información de esta solicitud de comidas gratis o a precio reducido para cualquier otro fin o para compartirlo con cualquier otra entidad o programa. Usted no está obligado a permitarnos compartir esta información, esto no afectará la elegibilidad de su hijo para comidas gratis o a precio reducido. **Si NO desea que su información sea compartida con Medicaid o hawk-i, debe decírnoslo completando la información a continuación.** Si desea mayor información, puede llamar a **hawk-i** al 1-800-257-8563. También, si usted ya está recibiendo Medicaid o **hawk-i**, por favor firme abajo. Esto evitará otro contacto.

**NO deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precio reducido con Medicaid o hawk-i.**

Nombre del Nino	Escuela

Firma del padre/tutor (Impreso): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**USDA Nondiscrimination Statement:** De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;  
(2) fax: (202) 690-7442; o  
(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.  
Aviso de No Discriminación de Iowa: Es política de este proveedor de CNP no discriminar en base a la raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, discapacidad o religión en sus programas, actividades o prácticas de empleo según lo exigen la sección 216.6, 216.7 y 216.9 del Código de Iowa. Si tiene preguntas o reclamos relacionados con el acatamiento de esta política por el Proveedor de CNP, comuníquese con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, Grimes State Office Building, 400 E. 14th St., Des Moines, IA 50319-1004; número de teléfono 515-281-4121, 800-457-4416; sitio Web: <https://ircr.iowa.gov/>