



**CONSENT TO SHARE CHILD NUTRITION PROGRAM
ELIGIBILITY INFORMATION
Parental Release of Information Form**

If you qualify for free or reduced-price meals, you may be eligible for decreased fees to participate in other school programs.

This form is optional and submitting/not submitting this form will not affect your child's eligibility for free or reduced-price meals. Individuals or programs receiving the information you authorize for release on this form will not share the information with any other entity or program.

Please indicate the program(s) you authorize eligibility status to be shared for each child by completing the form below. This authorizes release of name and eligibility status only; no other information or demographics is allowed to be shared.

Please Return or Send this form to:

**Eastmont Food Services
800 Eastmont Avenue
East Wenatchee WA 98802
School Year: 2020-2021**

	Student Name (List all students who apply.)	Student School ID Number
1.		
2.		
3.		
4.		

Check to participate	School Program	How will the shared information be used?
<input type="checkbox"/>	Associated Student Body (ASB) Card Fee & Other Optional noncredit activity fees	Facilitate fee waivers for students eligible for Free or Reduced-Price meals.
<input type="checkbox"/>	Sports/Athletic Fees	Facilitate fee waivers for students eligible for Free or Reduced-Price meals.
<input type="checkbox"/>	Field Trips	Facilitate fee waivers for students eligible for Free or Reduced-Price meals.

Parent/Guardian Printed Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Email Address: _____ Phone: _____



**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN
DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN PARA NIÑOS
Forma de permiso de los padres para la divulgación de información**

Si califica para recibir comidas gratis o a precio reducido, puede ser elegible para tarifas reducidas para participar en otros programas escolares.

Este formulario es opcional y a enviar/no enviar este formulario no afectará la elegibilidad de su hijo(a) para recibir comidas gratis o a precio reducido. Las personas o programas que reciban la información que usted autoriza para divulgar en este formulario no compartirán la información con ninguna otra entidad o programa.

Por favor indique a continuación el/los programa(s) para los cuales usted autoriza la divulgación del estado de elegibilidad para cada niño. Esto autoriza la divulgación del nombre y el estado de elegibilidad únicamente. No se permite compartir ninguna otra información o datos demográficos.

Devuelva o envíe este formulario a:

**Eastmont Food Services
800 Eastmont Avenue
East Wenatchee WA 98802
School Year: 2020-2021**

	Nombre del estudiante (liste todos los estudiantes que solicitan)	Número de identificación del estudiante
1.		
2.		
3.		
4.		

Marque aquí para participar	Programa escolar	Cómo será usada la información compartida?
<input type="checkbox"/>	Tarifa de la tarjeta del cuerpo estudiantil asociado (ASB) y otras tarifas de actividades opcionales sin crédito	Facilitar exenciones de tarifas para estudiantes elegibles para comidas gratis o a precio reducido.
<input type="checkbox"/>	Tarifas atléticas o deportes	Facilitar exenciones de tarifas para estudiantes elegibles para comidas gratis o a precio reducido.
<input type="checkbox"/>	Excursiones	Facilitar exenciones de tarifas para estudiantes elegibles para comidas gratis o a precio reducido.

Nombre del padre / tutor: _____

Firma del padre / tutor: _____

Fecha: _____

Correo electrónico del padre/ tutor: _____

Teléfono: _____