

SHARING INFORMATION WITH OTHER PROGRAMS

Dear Parent/Guardian:

To save you time and effort, the information you provided on your *Free and Reduced-price School Meals/Milk Application* may be shared with other programs for which your children may qualify. We must have your permission to share this information with other programs. Please sign below for any additional benefits you are interested in receiving. By signing for the benefits, you are certifying that you are the parent/guardian of the children for whom the application is being made. **Note:** Submitting this form will not change whether your children get free or reduced-price meals or free milk.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NO , I do NOT want information from my <i>Free and Reduced-price School Meals/Milk Application</i> shared with any of these programs. | <input type="checkbox"/> YES , I DO want school officials to share information from my <i>Free and Reduced-price School Meals/Milk Application</i> with the programs checked below. Check all that apply. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> School Social Worker (may sometimes be aware of services or programs that may be available to your family) <input type="checkbox"/> Guidance Counselor (for college app fee waivers, for example) <input type="checkbox"/> School Child Care Provider (needed to qualify for reduced price before and after care, if applicable) <input type="checkbox"/> School Principal (may sometimes be aware of services or programs that may be available to your family) <input type="checkbox"/> Classroom Teacher (for field trip fee waivers, for example) |
|--|--|

If you checked YES for any boxes above, complete the information below and sign the form. Your information will be shared only with the people and applicable programs you checked.

PLEASE PRINT

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Parent/Guardian Name: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

For more information, please call LEARN Magnet Office Food Service at 860-434-4800x181. Return this form to the LEARN School your child will attend, or to LEARN Magnet Office Food Service 44 Hatchetts Hill Road, Old Lyme, CT 06371, at your earliest convenience. Be sure to put child/ren's name on form.

Nondiscrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: 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; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado padre/tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó en su *Solicitud para comidas/leche en la escuela a precio reducido y sin cargo* podrá compartirse con otros programas para los cuales sus hijos reúnan los requisitos. Debemos obtener su permiso para compartir esta información con otros programas. Suscríbase a continuación para recibir cualquier beneficio adicional que le interese. Al suscribirse para recibir los beneficios, certifica que usted es el padre/tutor de los niños para quienes se completa la solicitud.

Nota: Si presenta este formulario, no se cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas o leche de forma gratuita o a precio reducido.

NO. NO quiero que se comparta la información de mi *Solicitud para comidas/leche en la escuela a precio reducido y sin cargo* con ninguno de estos programas.

SÍ. SÍ quiero que los directivos de la escuela compartan la información de mi *Solicitud para comidas/leche en la escuela a precio reducido y sin cargo* con los programas que se marcan a continuación. **Marque todas las opciones que correspondan.**

- El director de la escuela** (puede saber acerca de los servicios o programas que pueden estar disponibles para su familia)
- Trabajador Social de la Escuela** (puede saber acerca de los servicios o programas que pueden estar disponibles para su familia)
- Consejero de Orientación** (para exenciones de cuotas de aplicación de colegio, por ejemplo)
- Proveedor de cuidado de niños de la escuela** (Necesario para tener derecho a precio reducido el cuidado de niños antes y después de la escuela, en su caso)
- Profesor de aula** (Por ejemplo, para exenciones de tasas de viaje de campo)

Si marcó SÍ en alguna de las casillas anteriores, complete la información a continuación y firme el formulario. Su información se compartirá solo con las personas y los programas correspondientes que marcó.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre del menor: _____ Escuela: _____

Nombre del menor: _____ Escuela: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Para obtener más información, llame a **LEARN Magnet Office Food Service** at **860-434-4800x181**. Devuelva este formulario junto con su Formulario de Almuerzo Gratis y Reducido a LEARN Magnet Office Food Service 44 Hatchedts Hill Road, Old Lyme, CT 06371, o la escuela LEARN a la cual su hijo asistirá, lo más pronto posible.

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:

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. 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:

- (1) 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.