

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN 2024-2025
DISTRITO ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE NORWALK**

**Información de exención opcional
Divulgación de información confidencial para el año escolar 2024-2025**

Si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir comidas gratis o a precio reducido, también puede ser elegible para otros beneficios si presenta esta renuncia a la Oficina de Nutrición en 1130 W. North Avenue, Norwalk, Iowa 50211 o por correo electrónico a deeanna.serres@norwalkschools.org, antes del 30 de septiembre de 2024. Entiendo que divulgaré información que demostrará que solicité asistencia de comidas escolares gratuitas y de precio reducido para mi(s) hijo(s). No es necesario que firme a continuación para recibir comidas escolares gratuitas o de precio reducido. Renuncio a mis derechos de confidencialidad por:

La divulgación de información al Coordinador de Evaluación del Distrito para permitirle informar a los padres y/o tutores sobre los recursos que pueden ser de ayuda para usted y su(s) hijo(s), como el Programa Back Pack Buddy.

Consideración para una exención total o parcial de: a) Libros d) Educación vial
b) Uniformes de banda e) Transporte c) Toga de coro

Nombre del niño _____ Escuela

Firma del padre/tutor _____ Fecha

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Seguro de salud de bajo costo para niños Si sus hijos no tienen seguro de salud, muchas familias que reciben comidas gratis oa precio reducido también pueden obtener seguro de salud gratis o de bajo costo para sus hijos. La ley requiere que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad para comidas gratuitas o a

precio reducido con Medicaid y hawki, el programa de seguro médico del Estado para niños. Las escuelas privadas, las RCCI y las organizaciones de cuidado infantil pueden optar por compartir esta información. Específicamente, les daremos el nombre de su hijo, su nombre y dirección. Medicaid y hawki solo pueden usar la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para un seguro médico gratuito o de bajo costo y comunicarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comida gratis oa precio reducido para ningún otro propósito ni compartirla con ninguna otra entidad o programa. No está obligado a permitirnos compartir esta información; no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Si NO desea que su información se comparta con Medicaid o hawki, debe informarnos completando la información a continuación. Si desea más información, puede llamar a hawki al 1-800-257-8563. Además, si ya recibe Medicaid o hawki, firme a continuación. Esto evitará otro contacto. Mi firma a continuación indica que NO deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud de comida gratuita oa precio reducido con Medicaid o hawki.

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta)_____

Firma _____

Fecha _____