

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA DIVULGAR AL PROGRAMA CALFRESH LA INFORMACIÓN EN SU SOLICITUD DE COMIDAS

Estimado padre/tutor:

Su participación en el programa de comidas escolares gratis o a precio reducido (Free and Reduced Price, F/RP) significa que su familia podría reunir los requisitos para participar en el programa de ayuda alimentaria CalFresh. CalFresh brinda ayuda mensual a los hogares con el fin de que compren los alimentos que necesiten para tener una nutrición adecuada. Al firmar este formulario, da su consentimiento para que el distrito de Santa Rosa City Schools (District) comparta la información que usted proporcionó en su solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con Catholic Charities of Santa Rosa (CCSR) designada de la oficina de CalFresh del condado de Sonoma County (CalFresh Office) que es responsable de determinar la elegibilidad (beneficios) para el programa CalFresh. O si prefiere presentar su solicitud directamente y no proveer esta información, puede llamar al programa CalFresh al 1-877-847-3663 o presentar su solicitud en línea en <http://www.calfresh.ca.gov>.

Tenga en cuenta que su participación en el programa CalFresh es voluntaria. No firmar este formulario no afectará la elegibilidad de su hijo o su participación en el programa de comidas escolares gratis o a precio reducido.

Marque la casilla de arriba si desea solicitar beneficios de CalFresh para su familia.

¡Sí! Deseo que el distrito comparta la información en mi solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con CCSR para que determine si mi familia reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh. Entiendo que la información que proporcione sólo se compartirá con la oficina de CalFresh.

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Al firmar este formulario de consentimiento, consiento voluntariamente a permitir que el distrito comparta la información en mi solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con CCSR, y reconozco que he leído toda la información en este formulario y que la entiendo.

Además, al dar mi consentimiento para este proceso, entiendo que CCSR me entregará una solicitud de CalFresh para determinar mi elegibilidad para CalFresh.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si tiene preguntas acerca de este formulario o proceso, puede ponerse en contacto con Kenneth Bunns, Director, Servicios de Nutrición, al 707-528-5359 o por correo electrónico en kbunns@srcs.k12.ca.us



Oportunidad para recibir los beneficios de CalFresh (estampillas de comida)

El Departamento de Servicios Humanos del Condado de Sonoma ha nombrado a Caridades Católicas de la Diócesis de Santa Rosa (CCDSR) como su representante para asociarse con los distritos escolares para ayudar a los estudiantes y sus familias inscribirse en CalFresh. CalFresh anteriormente conocido como estampillas de comida es un programa que proporciona beneficios mensuales a los hogares para la compra de alimentos que necesitan para mantener una nutrición adecuada. **Su participación en el programa de comidas gratis o a precio reducido (F / RP)** significa que su familia podría ser elegible para el programa de asistencia alimentaria CalFresh.

En la **Solicitud de comidas gratis o a precio reducido con la opción de CalFresh** hay un lugar para que usted de su consentimiento para permitir que el distrito de la escuela compartan su información de contacto con CCDSR:

OPCIONAL Consentimiento del padre o tutor para compartir la información para solicitar beneficios de CalFresh –Conforme al artículo 49558(d) del Código de Educación de California

Una vez obtenido el consentimiento, esta solicitud o la información que contiene **sólo** se compartirán con la agencia local de CalFresh y **sólo** para los fines relacionados directamente con la inscripción de su familia en el programa CalFresh. El padre o tutor del estudiante es el único que puede dar el consentimiento. En hogares de varias familias, el padre o tutor de cada estudiante debe firmar por sus propios hijos. Negarse a dar consentimiento no afectará el cumplimiento de los requisitos de su hijo para el programa de comidas gratis o a precio reducido.

Marque esta casilla si es el padre o tutor de todos los estudiantes anotados en el PASO 1 (en el reverso) para que consienta compartir esta solicitud como se indicó anteriormente. Escriba su nombre en letra de molde, firme y anote la fecha de hoy.

Con su información de contacto, un miembro del personal de CCDSR se pondrá en contacto con usted para determinar su posible elegibilidad. Una vez que se ha determinado como potencialmente elegible tendrá la opción de asistir a **nuestro taller de CalFresh, donde un equipo le ayudará a completar su solicitud. Y ese mismo día, un trabajador del condado revisará y aprobará su solicitud si es elegible.** La información utilizada en la solicitud es confidencial y sólo puede ser utilizado para la inscripción en el programa de CalFresh.

**Para más información: Caridades Católicas 707-284-3850 x174
calfresh@srcharities.org**