CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA DIVULGAR SOLICITUD DE BENEFICIOS FAMILIARES AL PROGRAMA CALFRESH

Estimado Padre / Tutor:

Su elegibilidad en el programa de comidas escolares gratuitas y de precio reducido (F/RP) significa que su familia también podría ser elegible para el programa de asistencia alimentaria CalFresh. CalFresh brinda beneficios mensuales a los hogares para comprar los alimentos que necesitan para mantener una nutrición adecuada. Al firmar este formulario, acepta permitir que el Distrito Escolar de la Ciudad de Santa Cruz comparta la información que proporcionó en su solicitud de comidas escolares F/RP con la Oficina de CalFresh del Condado de Santa Cruz/Second Harvest Food Bank (Oficina de CalFresh) que es responsable de determinar elegibilidad (beneficios) para el programa CalFresh. O si prefiere presentar su solicitud directamente y no intercambiar esta información, puede llamar al programa CalFresh al 1-877-847-3663 o presentar su solicitud en línea en http://www.calfresh.ca.gov.

Favor de notar que su participación en el programa de CalFresh es voluntario. El no firmar esta forma para dar su consentimiento no afectará la elegibilidad o la participación de sus hijos en el programa de alimentos escolares de F/RP del distrito.

☐ ¡Sí! Yo quiero que el distrito comparta la información de mi solicitud para alimentos escolares F/RP con la oficina de CalFresh para que puedan determinar si mi familia es elegible para beneficios de CalFresh. Yo entiendo que la información será compartida solamente con la oficina de CalFresh.

Favor de marcar la casilla arriba si usted desea solicitar beneficios de CalFresh para su familia.

Nombre del alumno: _____
Escuela: _____
Nombre del alumno: _____
Escuela: _____
Nombre del alumno: _____
Escuela: _____

Al firmar esta forma, doy mi consentimiento voluntariamente para que el districto pueda compartir mi solicitud para alimentos escolares de F/RP con la oficina de CalFresh, y también reconozco que he leído y entendido toda la información en esta forma.

También, al dar mi consentimiento para este proceso, entiendo que la oficina de CalFresh me proporcionará una solicitud para CalFresh para determinar mi elegibilidad.

Firma del padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____
Nombre (en imprenta) _____
Domicilio: _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o este proceso, puede comunicarse con Amy Hedrick-Farr, Directora de Servicios de Alimentos, al (831) 429-3850 o por correo electrónico a amyhedrickfarr@sccs.net.