

**Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar  
2021-22 Carta a los hogares (Escuelas sso)**

Estimado padre/tutor:

Debido a la emergencia de salud pública, el USDA ha dado a las escuelas la flexibilidad para operar la Opción de Verano Sin Fisuras (SSO) en el año escolar 2021-22. La escuela / distrito escolar que opera SSO ofrecerá comidas cada día escolar sin cargo para todos los estudiantes. En previsión de un retorno a las operaciones normales del programa de nutrición infantil y la posible expansión de P-EBT en SY 21-22, estamos alentando a las familias a completar y presentar una solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido.

**¿Quién debe llenar una solicitud?**

Llene la solicitud si:

- El ingreso total del hogar es igual o menor que la cantidad en el gráfico.
- Usted recibe Alimentos Básicos, participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Las Reservas Indias (FDPIR, por sus sus) o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus hijos).
- Usted está solicitando niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte.

**Entregue la aplicación a YOUR CHILD'S**

Asegúrese de presentar **SÓLO UNA** solicitud por hogar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o denegada. Si algún niño que está solicitando es sin hogar (McKinney-Vento), o migrante, marque la casilla correspondiente.

**¿Qué cuenta como ingreso? ¿Quién se considera un miembro de mi hogar?**

Look en el gráfico de ingresos a continuación. Encuentre el tamaño de su hogar. Find sus ingresos totales del hogar. Si a los miembros del hogar se les paga en diferentes momentos durante el mes y no está seguro de si su hogar es elegible, llene una solicitud y determinaremos su elegibilidad de ingresos para usted. La información que proporcione se utilizará para determinar la elegibilidad de su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido.

Los niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratuitas, independientemente de los ingresos de uso personal. Si tiene preguntas sobre cómo solicitar beneficios de comida para niños de crianza, comuníquese con nosotros a [\(509\) 773-5177](tel:5097735177).

Pautas de ingresos del Programa de Nutrición Infantil del USDA					
A partir del 1 de julio de 2021 al 30 de junio del 20 de junio de 22					
casa tamaño	anual	mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	semanal
1	US\$ 23.828	US\$ 1.986	US\$ 993	US\$ 917	US\$ 459
2	US\$ 32.227	US\$ 2.686	US\$ 1.343	US\$ 1.240	US\$ 620
3	US\$ 40.626	US\$ 3.386	US\$ 1.693	US\$ 1.563	US\$ 782
4	US\$ 49.025	US\$ 4.086	US\$ 2.043	US\$ 1.886	US\$ 943
5	US\$ 57.424	US\$ 4.786	US\$ 2.393	US\$ 2.209	US\$ 1.105
6	US\$ 65.823	US\$ 5.486	US\$ 2.743	US\$ 2.532	US\$ 1.266
7	US\$ 74.222	US\$ 6.186	US\$ 3.093	US\$ 2.855	US\$ 1.428
8	US\$ 82.621	US\$ 6.886	US\$ 3.443	US\$ 3.178	US\$ 1.589
Para cada miembro de la familia add'l, agregue:	US\$ 8.399	US\$ 700	US\$ 350	US\$ 324	US\$ 162

**EL HOGAR** se define como todas las personas, incluidos los padres, los hijos, los abuelos y todas las personas relacionadas o no relacionadas que viven en su hogar y comparten los gastos de subsistencia. Si solicita un hogar con un niño de crianza, puede incluir al niño de crianza en el tamaño total del hogar.

**Los ingresos del hogar** se consideran los ingresos que cada miembro del hogar recibió antes de impuestos. Esto incluye salarios, seguridad social, pensión, desempleo, bienestar, manutención de los hijos, alimony, y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye a un niño de crianza como parte del hogar, también debe incluir los ingresos personales del niño. No reporte los pagos de crianza como ingresos

**Los ingresos del hogar** se consideran los ingresos que cada miembro del hogar recibió antes de impuestos. Esto incluye salarios, seguridad social, pensión, desempleo, bienestar,

**¿Qué debe estar en la aplicación?**

**A. Para los hogares que no obtienen ninguna asistencia:**

- Nombre(s) del alumno
- Nombres de todos los miembros del hogar
- Ingresos por fuente para todos los miembros del hogar
- Firma de un miembro adulto del hogar
- Los últimos 4 dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud (o si el adulto que firma no tiene un número de seguro social, marque la casilla asociada).

Partes completas 1, 2, 3, 4 y 5; La parte 6 es opcional.

**B. Para hogares con solo hijos de crianza**

- Nombre del estudiante
- Firma de miembro adulto del hogar

Partes Completas 1 y 5. La parte 6 es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación de la corte que muestra que el(los) niño(s) de crianza fue(n)/fueron colocados con usted en lugar de llenar un formulario de solicitud.

**Los últimos 4 dígitos de SSN no son necesarios para B.**

**Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar  
2021-22 Carta a los hogares (Escuelas sso)**

**C. Para una familia que obtiene alimentos básicos / TANF /FDPIR:**

- Lista de todos los nombres de los estudiantes
- Introduzca un número de caso
- Firma de un miembro adulto del hogar

Partes completas 1, 2, 4 y 5. La parte 6 es opcional.

Los últimos 4 dígitos de SSN no son necesarios para C.

**D. Para el hogar con un niño (s) de crianza y otros niños:**

Aplicar como un hogar e incluir a los niños de crianza. Siga las instrucciones para "A. Para los hogares que no obtienen ninguna asistencia:" e incluir los ingresos de uso personal del niño de crianza.

**¿Qué pasa si no estoy recibiendo dólares de alimentos básicos?**

Si usted ha sido aprobado para alimentos básicos pero en realidad no recibe dólares de alimentos básicos, usted puede ser elegible para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe solicitar los beneficios de comida llenando una solicitud de comida y devolviéndole a la escuela de su hijo.

**¿Mis hijos califican automáticamente si tienen un número de caso?**

Sí. Los niños que reciben TANF o Basic Food pueden recibir comidas gratuitas y los niños que reciben algunos beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido sin que el hogar tenga que completar una solicitud. Estos niños son identificados por la escuela mediante un proceso de coincidencia de datos. Esta lista coincidente se hace disponible para el personal del servicio de alimentos de la escuela de su hijo. Los estudiantes en esta lista reciben comidas gratuitas si sus escuelas tienen el programa gratuito de desayuno y / o almuerzo a precio reducido (no todas las escuelas lo hacen). Por favor, póngase en contacto con nosotros inmediatamente si usted siente que sus hijos deben recibir comidas gratis y no lo están. Si no desea que su hijo participe en los programas de comidas gratuitas usando este método, por favor notifique a la escuela.

**Si alguien en mi hogar tiene un número de casos, ¿todos los niños calificarán para comidas gratuitas?**

Sí. Si otra persona en el hogar tiene un número de caso, que no sea un niño de crianza, debe llenar una solicitud y enviarla a la escuela de su estudiante. Por favor, póngase en contacto con nosotros inmediatamente si usted siente que otros niños en su hogar deben estar recibiendo comidas gratis y no lo están.

**Alimentos básicos - ¿Puedo calificar para recibir asistencia en la compra de alimentos?**

Basic Food no es el programa de cupones de alimentos del estado. Ayuda a los hogares a llegar a fin de mes al proporcionar beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Obtener alimentos básicos es fácil! Puede presentar su solicitud en persona en la oficina local de servicios comunitarios de DSHS, por correo o en línea. También hay otros beneficios. Puede obtener información sobre Alimentos Básicos llamando al 1-877-501-2233 o ingresando a <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

**Estamos en el ejército. ¿Reportamos nuestros ingresos de manera diferente?**

Su salario básico y bonos en efectivo deben ser reportados como ingresos. Si obtiene algún subsidio de valor en efectivo para vivienda, comida o ropa fuera de la base, también debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. Cualquier pago adicional de combate resultante del despliegue también está excluido de los ingresos.

**La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar uno nuevo?**

Sí. La solicitud de su hijo solo es válida para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya dicho que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

**¿Qué pasa si algunos miembros del hogar no tienen ingresos que reportar?**

Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que informe sobre la solicitud, o que no reciban ingresos en absoluto. Siempre que esto suceda, escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si los campos de ingresos se dejan vacíos o en blanco, también se contarán como ceros. Por favor, tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que tenía la intención de hacerlo.

**Cobertura de salud**

Para preguntar o solicitar cobertura de atención médica para niños de su familia, visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar al Buscador de Planes de Salud de Washington al 1-855-923-4633.

**¿Qué pasa si mi hijo necesita alimentos especiales?**

Si su hijo necesita alimentos especiales, comuníquese con la oficina de servicio de alimentos de la escuela/distrito.

**Prueba de elegibilidad**

La información que usted provee puede ser verificada en cualquier momento. Es posible que se le pida que envíe información adicional para demostrar que su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas y a precio reducido.

**Audiencia imparcial**

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su hijo o el proceso utilizado para probar la elegibilidad de ingresos, puede hablar con Ruth Faulconer, Food Service Director, el funcionario de audiencia imparcial. Usted tiene derecho a una audiencia justa que puede ser arreglada llamando a la escuela / distrito escolar a este número (509) 773-5177.

**Nueva aplicación**

Usted puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si usted tiene una disminución en los ingresos del hogar, un aumento en el tamaño del hogar, o se queda sin empleo, o recibe Alimentos Básicos, TANF o FDPIR, usted puede ser elegible para los beneficios y puede llenar una solicitud en ese momento.

**2021--22 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO**

Applications can be found on: [goldendaleschools.org](http://goldendaleschools.org)

Complete, firme y envíe esta solicitud a: **YOUR CHILD'S SCHOOL**

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:  Sí  No

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.
 

Sin hogar       Migrante

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces	Mensual
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.  
 Basic Food       TANF       Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPRI)      Número de caso: \_\_\_\_\_

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted Ingres a 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)			Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria			Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)			Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario			
	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):       Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN)       Marcar si no tiene SSN:

5. Información de contacto y firma - Complete, firme y envíe esta solicitud a: **YOUR CHILD'S SCHOOL**  
 Certificado (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

6. De acuerdo con la ley federal, el Distrito Escolar de Goldendale tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, orientación sexual, expresión de género, identidad de género, credo, religión, edad, estado de veterano o militancia.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar \_\_\_\_\_  
 Dirección postal \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, & Código postal \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Teléfono durante el día \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

6. **Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)**- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales:

Indio americano o Nativo de Alaska     Asiático  
 Negro o Afroamericano     Nativo de Hawái o isleño del pacífico  
 Blanco     No Hispano o Latino

Marque una identidad:

Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarnos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarnos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

**Goldendale School District #404 NONDISCRIMINATION STATEMENT:**

De acuerdo con la ley federal, el Distrito Escolar de Goldendale tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, orientación sexual, expresión de género, identidad de género, credo, religión, edad, estado de veterano o militar, discapacidad o el uso de un guía canino entrenado o animal de servicio por una persona con una discapacidad, y proporciona acceso a los Boy Scouts of America y otros grupos de jóvenes designados. Para presentar una queja de discriminación, escriba a John Westerman, Título IX, Director de ADA/504, Oficial de Cumplimiento de Acoso, Intimidación y Acoso y Oficial de Cumplimiento de Derechos Civiles del Distrito Escolar de Goldendale No. 404, 525 Simcoe Drive, Goldendale WA 98620 o llame al (509) 773-5846 o envíe un correo electrónico a [jwesterman@gdsd404.org](mailto:jwesterman@gdsd404.org). El Distrito Escolar de Goldendale es un empleador de igualdad de oportunidades, cumple con todas las Reglas y Regulaciones Federales, y no discrimina por todas las oportunidades de empleo del distrito. El Distrito Escolar de Goldendale es un empleador de igualdad de oportunidades, cumple con todas las Reglas y Regulaciones Federales, y no discrimina para todos los programas del distrito y oportunidades de empleo

**PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL:  Basic Food/TANF/FDPIR/Foster    Total Household Size \_\_\_\_\_    Weekly     Bi-Weekly     2x per Month     Monthly     Annual

Income Household    Total Household Income \$ \_\_\_\_\_

APPLICATION APPROVED FOR:  Free Meals    APPLICATION DENIED BECAUSE:  Income Over Allowed Amount    Other: \_\_\_\_\_

Reduced-Price Meals     Incomplete/Missing information

Date Notice Sent \_\_\_\_\_    Signature of Approving Official \_\_\_\_\_    Date \_\_\_\_\_



## Formulario de divulgación de 2021-2022 información

### CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN INFANTIL

Si su estudiante (s) califica (n) para recibir comidas gratis o de precio reducido, puede ser elegible para tarifas reducidas para participar en otros programas escolares. **Los padres o tutores legales deben anualmente dar su consentimiento para compartir la información de elegibilidad para las comidas escolares con otros funcionarios de la escuela para que los estudiantes califiquen.**

Este formulario es opcional, y enviar o no enviar este formulario no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis o a precio reducido, o leche. 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 el (los) programa (s) que autoriza que se comparta el estado de elegibilidad de cada niño completando el formulario a continuación. Esto autoriza la divulgación del nombre y el estado de elegibilidad **únicamente**; no se permite compartir otra información o datos demográficos.

Imprimir el nombre (s) del estudiante:	Escuela	Grado

Compruebe participar	School Program	¿Cómo se utilizará la información compartida
	Cuerpo Estudiantil Asociado (ASB) tarjetas	ofrecen exención de cuotas como es requerido por RCW 28A.325.210
	Deportes / cuotas de deportes	reducción de tasas
	Salidas de campo	Fee Reducción
	exámenes PSAT / SAT / AP	Reducción de

Las tarifas asociadas con anuarios, estacionamiento, multas y viajes opcionales no son elegibles para reducciones de tarifas bajo este programa.

Nombre en letra de imprenta Padre / tutor

Fecha

Firma Padre / tutor

Teléfono

Dirección de correo electrónico:

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

