



900 S.W. Jackson Street, Suite 102  
 Topeka, Kansas 66612-1212  
 (785) 296-3201  
 www.ksde.org

## PROGRAMA DE BECAS DE CRÉDITO FISCAL PARA ESTUDIANTES DE BAJOS INGRESOS CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Este formulario autoriza al Departamento de Educación Estatal a compartir información que permite la identificación personal con \_\_\_\_\_ (organización que otorga la beca) de conformidad con el Reemplazo del Senado del Proyecto de Ley de la Cámara de Representantes 2506 de 2014 el cual contiene disposiciones para el Programa de Becas de Crédito Fiscal para Estudiantes de Bajos Ingresos. Al inscribirse en una escuela calificada, y si el menor califica para el programa y recibe una beca, esta comenzaría el \_\_\_\_\_. (*Indicar semestre de agosto o enero y el año*)

Al firmar y fechar este formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información, el tutor legal del menor otorga consentimiento al Departamento de Educación Estatal para verificar la elegibilidad del menor para participar en el Programa de Becas de Crédito Fiscal para Estudiantes de Bajos Ingresos.

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado por escrito por el padre/madre/tutor. El padre/madre/tutor que firma este formulario tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento. **Los padres deben presentar este formulario a la organización que otorga la beca y no al Departamento de Educación de Kansas.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del menor con letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**

\_\_\_\_\_  
 Nombre del menor con letra de molde

\_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Nombre del menor con letra de molde

\_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Nombre del menor con letra de molde

\_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Nombre del menor con letra de molde

\_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Nombre del menor con letra de molde

\_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Parentesco/relación**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre/madre/tutor con letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Dirección legal del menor**

\_\_\_\_\_  
**Número de teléfono del padre/madre/tutor**



900 S.W. Jackson Street, Suite 102  
 Topeka, Kansas 66612-1212  
 (785) 296-3201  
 www.ksde.org

## Consentimiento para la Divulgación Compartir Información con Otros Programas

Estimado Padre/Madre/Tutor:

**Usted no tiene que firmar o enviar este formulario para obtener beneficios del Programa de Nutrición Infantil a un precio reducido o de forma gratuita para sus hijos. Si usted no firma el Consentimiento de Divulgación, esto no afectará la elegibilidad o participación en los Programas de Nutrición Infantil.**

Para ahorrar tiempo y esfuerzo, la información acerca de la elegibilidad de sus hijos para recibir los beneficios del Programa de Nutrición Infantil a un precio reducido o de forma gratuita podrá ser compartida con otros programas para los cuales sus hijos podrían calificar. Para los programas enumerados a continuación, debemos tener su permiso para compartir su información.

- No, YO NO** deseo que la información acerca de la elegibilidad de mis hijos para los beneficios del Programa de Nutrición Infantil se comparta con ninguno de estos programas.
- Sí, YO** deseo que los funcionarios escolares compartan información acerca de la elegibilidad de mis hijos para recibir los beneficios del Programa de Nutrición Infantil solo con los programas que he marcado a continuación.
- Programa de Becas de Crédito Fiscal para Estudiantes de Bajos Ingresos

Si usted marcó 'sí' en el casillero arriba, llene el formulario a continuación. Su información se compartirá solamente con el programa que usted marcó.

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para mayor información, usted puede llamar a:

Nombre del Funcionario de KSDE: Nicole Norwood Teléfono: 785-296-2020

**La organización que otorga la beca deberá enviar por correo este formulario a la siguiente dirección:**

KSDE, Attn: Nicole Norwood, 900 SW Jackson Street Suite 356, Topeka, KS 66612

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, oficinas 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.