

# Waiver of Confidentiality

School Year 2024-2025

**Optional:**

**You do not have to complete this page to get free or reduced price school meals.**

**Required:**

**You must complete and return this form to be eligible for other free or reduced priced services.**

Dear Parent/Guardian:

If your child(ren) qualifies for free or reduced price meals, you may also be eligible for other benefits. Please read and complete the information below. **Check all appropriate boxes, complete requested information, and sign.** You may return this form to the district office, any school, or mail to Nutrition Services, 406 School St, Ankeny, IA 50023.

**Waiver/Reduction of Textbook Fees:**

This may provide for a waiver or reduction of **textbook fees** at my child(ren)'s school based on free/reduced price meal eligibility. Reduction of textbook fees will not occur for applications approved with an effective date after October 7, 2024 unless student is a new enrollee. If a waiver is applicable, it is only valid if completed and submitted within the eligible school year.

**Waiver/Reduction of Other Fees:**

This may provide for a waiver or reduction of fees for **transportation, driver's education, music equipment rental, and advanced placement exams** based on free/reduced price meal eligibility.

**NOTE:** Your Iowa Eligibility Notification must be provided for transportation or driver's education fees to be reduced/waived. This letter may also be printed from your online application at [www.schoolcafe.com](http://www.schoolcafe.com).

**Hawki/Medicaid Information**

**Read this information.** Check the box and sign below **if you decide you do not want** your name released to Hawki or Medicaid. If your children do not have health insurance, many families getting free or reduced price meals can also get free or low-cost health insurance for their children. The law requires public schools to share your free or reduced price meal eligibility information with Medicaid & Hawki, the State's medical insurance program for children. Specifically, we will give them your child's name, your name and address. Medicaid and Hawki can only use the information to identify children who may be eligible for free or low-cost health insurance and contact you. They are not allowed to use the information from your free and reduced meal application for any other purpose or to share it with any other entity or program. You are not required to allow us to share this information, it will not affect your child's eligibility for free or reduced price meals. **If you do NOT want your information shared with Medicaid or Hawki, you must check the box, complete the information below, and sign.** If you want further information, you may call Hawki at 1-800-257-8563. Also, if you are already receiving Medicaid or Hawki, please sign below. This will avoid another contact.

Child's Name: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

I understand that I will be releasing information to building and district officials, that shows I have applied for free and reduced price school meals for my child(ren). I give up my rights to confidentiality for the above marked purposes only. This authorization is in effect for one year. I understand that I may revoke this release in writing at any time.

I certify that I am the parent/guardian of the child(ren) for whom application is being made.

Signature of Parent/guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

# Exención de confidencialidad

(Año 2024-2025)

**Opcional:**

**No tienes que completar esta página para obtener las comidas escolares gratis o a menor precio.**

**Obligatorio:**

**Usted debe completar y devolver este formulario para poder optar a otro libre o reducido precio servicios.**

Estimados padres/guardianes:

Si su niño califica para libre o comidas a precio reducido, también puede ser elegible para otros beneficios. Por favor lea y complete la siguiente información. **Compruebe casillas correspondientes, la información solicitada completa y la signo.** Puede devolver este formulario a la oficina central o de cualquier escuela o correo a servicios de nutrición, 406 SW School St, Ankeny, IA 50023.

**la Exención o reducción de honorarios de libros de texto:**

Esto puede proporcionar para una exención o reducción de **gastos de libros de texto** a mi hijo (s) de escuela basado en gratis o reducido elegibilidad de comida. Reducción de las tasas de libros de texto no ocurrirá para aplicaciones aprobadas con una fecha efectiva después de 7 de octubre, 2024 a menos que el estudiante es un nuevo inscrito.

**la Exención o reducción de otros gastos:**

Esto puede proporcionar para una exención o reducción de costos para **transporte, educación del conductor, alquiler de equipos de música y exámenes de colocación avanzada** basado en gratis o reducido elegibilidad comida.

**Hawki /Medicaid información**

Lea esta información. Marque la casilla y firme a continuación si decide que no desea que su nombre se divulgue a Hawki o Medicaid. Si sus hijos no tienen seguro de salud, muchas familias que reciben comidas gratis oa precio reducido también pueden obtener un seguro de salud de bajo costo para sus hijos. La ley exige que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad de precio reducido o gratuito con Medicaid y Hawki, el programa estatal de seguro de salud para niños. Las escuelas privadas, las RCCI y las organizaciones de cuidado infantil pueden optar por compartir esta información. Específicamente, le 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 luego contactarlo. No están autorizados a utilizar la información en su solicitud de almuerzo gratis oa precio reducido para ningún otro fin ni con ninguna otra entidad o programa. No es necesario que nos permita compartir esta información, no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis oa precio reducido. Si no desea que su información se comparta con Medicaid o Hawki, debe marcar la casilla, completar la siguiente información y firmar. Para obtener 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.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Entiendo que va soltando información al edificio y los funcionarios del distrito, que he solicitado gratis y comidas escolares a precio de reducido para mis hijos. Renuncio a mis derechos a la confidencialidad para los fines marcados mencionados solamente. Esta autorización está en vigor durante un año. Entiendo que puedo revocar este comunicado por escrito en cualquier momento.

Certifico que soy el padre/tutor del niño que se está realizando la aplicación.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_