



**SAINT**  
**JOHN PAUL II**  
~ Regional School ~

*August 5, 2025*

Estimados Padres/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. **John Paul II Reg** ofrece alimentación sana todos los días. **Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido y la tarjeta de verano EBT (Summer EBT).**

	PRECIO COMPLETO			PRECIO REDUCIDO		
	<i>Elemental</i>	<i>Intermedia</i>	<i>Superior</i>	<i>Elemental</i>	<i>Intermedia</i>	<i>Superior</i>
Almuerzo	\$4.10	N/A	N/A	\$0.00	N/A	N/A
Desayuno	\$2.10	N/A	N/A	\$0.00	N/A	N/A
Meriendas despues del dia escolar	\$0.85	N/A	N/A	\$0.00	N/A	N/A
Programa de Leche	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programa de medio dia de leche en Kindegarten	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>N/A - No Aplica</i>						

Este paquete incluye una solicitud para recibir los beneficios de comida gratuita o de precio reducido y la tarjeta de verano EBT y también instrucciones detalladas para llenarla.

Abajo hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarles a ustedes con la solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO Y LA TARJETA DE VERANO EBT?

- Todos los niños en los hogares que reciben beneficios de **NJ SNAP o NJ TANF/WorkFirst-NJ**.
- Niños adoptivos temporales (foster) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster) o de una corte.
- Niños que participan en el Programa Head Start de su escuela.
- Niños que cumplen con la definición de "sin casa", "fugitivo", o "migrante".
- Los niños de hogares donde el ingreso encaja en o debajo de los límites de las Normas Federales de Elegibilidad por Ingresos.

*Experience, Empower, Excel*

<b>TABLA DE ELEGIBILIDAD FEDERAL DE INGRESOS</b> <b>Para el Año Escolar 2025-2026</b>			
Número de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	28,953	2,413	557
2	39,128	3,261	753
3	49,303	4,109	949
4	59,478	4,957	1,144
5	69,653	5,805	1,340
6	79,828	6,653	1,536
7	90,003	7,501	1,731
8	100,178	8,349	1,927
Cada persona adicional:	10,175	848	196

2. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO "SIN HOGAR, MIGRANTE, O FUGITIVO?" ¿No tienen una dirección permanente? ¿Permanecen ustedes en un hospicio, hotel, u otro lugar temporal? ¿Se muda su familia según la temporada? ¿Viven con usted algunos niños que han escogido abandonar a su familia? Si usted cree que hay niños en su hogar que cumplen con estas descripciones y no les han dicho que sus hijos van a recibir comida gratuita y la tarjeta de verano EBT, favor de llamar o enviar un correo electrónico a la escuela, intermediario para los niños sin hogar o coordinador de migrantes.
3. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. Complete una sola Solicitud de Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT por todos los estudiantes en su hogar. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por lo tanto, incluya toda la información requerida en la solicitud. Devuelva la solicitud completada a la escuela de cualquiera de sus niños.
4. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO INDICANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDA GRATUITA Y LA TARJETA DE VERANO EBT? No, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algunos niños en su hogar no aparecen en su notificación de elegibilidad, contacte su escuela inmediatamente.
5. ¿SE PUEDE SOLICITAR POR INTERNET? Si usted puede hacerlo, preferimos que complete la Solicitud por el internet en vez de una por escrito. La solicitud por internet requiere la misma información que por escrito. Contacte su escuela si tiene alguna pregunta sobre el proceso por internet.
6. LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año y los primeros días del nuevo año escolar. Usted debe entregar una nueva solicitud a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
7. RECIBO BENEFICIOS WIC. ¿PUEDEN RECIBIR MIS NIÑOS COMIDA GRATUITA Y LA TARJETA DE VERANO EBT? Los niños en hogares que participan en el Programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o de precio reducido y la tarjeta de verano EBT. Favor de enviar una solicitud.
8. ¿VERIFICAN LA INFORMACIÓN QUE DOY? Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.
9. SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO SOLICITAR DESPUES? Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante

el año escolar. Por ejemplo, los niños que viven con un padre o custodio que pierde su trabajo pueden calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido y la tarjeta de verano EBT si el ingreso cae debajo del límite del ingreso establecido.

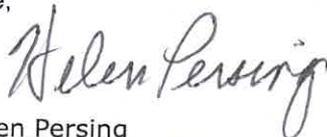
10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Usted debe hablar con los funcionarios de la escuela. Usted también puede apelar la decisión llamando o escribiendo al

Nombre del Oficial de la escuela : Rev. Rene Canales Dirección: 55 Warwick Road, Stratford, NJ - 08084  
Teléfono: (856)783-3088 -

11. ¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO NORTEAMERICANO? Sí.  
Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos norteamericanos para solicitar comida gratuita o de precio reducido y la tarjeta de verano EBT.
12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1000 cada mes, pero trabajó menos el mes pasado y ganó solamente \$900, anote \$1000 por mes. Si usted normalmente gana horas extra, inclúyalo; pero no lo haga si usted trabaja horas extra de vez en cuando. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o ingresos, use su ingreso actual.
13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? Puede ser que hay miembros del hogar que no reciben algunos tipos de ingresos que pedimos que usted reporte en la solicitud, o que no reciben ningún ingreso. Cuando esto pasa, favor de escribir 0 (número cero) en el espacio indicado. Sin embargo, si deja vacíos o en blanco, los espacios indicados para ingresos, éstos se contarán como ceros. Tenga cuidado cuando deja en blanco las casillas indicadas para ingresos, porque vamos a asumir que usted lo hizo intencionalmente.
14. ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE? Su sueldo básico y los bonos deben ser reportados como ingresos. Subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o pagos FSSA- Family Subsistence Supplemental Allowance, deben incluirse en su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda en su ingreso. Cualquier otro pago por despliegue militar está también excluido del ingreso.
15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA TODA MI FAMILIA? Haga una lista de miembros adicionales en un papel aparte y adjúntelo con su solicitud.
16. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS? Para enterarse de cómo solicitar NJ SNAP u otros beneficios, contacte a su oficina local de asistencia al 1-800-687-9512 o visite [nj.gov/humanservices/njsnap/apply/ways/](http://nj.gov/humanservices/njsnap/apply/ways/). También puede contactar NJFamilyCare o Medicaid al 1-800-701-0710 o [www.nifamilycare.org](http://www.nifamilycare.org) para más información sobre seguro médico para su familia. Para el Programa WIC, contacte a 1-800-328-3838 o visite [www.nj.gov/health/fhs/wic](http://www.nj.gov/health/fhs/wic).

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al (856)783-3088 -

Atentamente,

Signature: 

Name: Helen Persing

Title: Principal

Application #:

**Solicitud de Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT** Para Programas Regular y CEP  
Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz). **SY 2025-2026**

**PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:**

**DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito): JOHN PAUL II REGIONAL**  
**DIRECCIÓN: 55 WARWICK ROAD, STRATFORD NJ 08084**

**PASO 1** Enumere a **TODOS** los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

Enumere a **TODOS** los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar. El primer nombre del niño/a

MI Apellido(s) del niño/a	Nombre de la escuela	Grado	Foster child	Migrante	Huyó del hogar	Si marcó alguna de estas casillas, consulte las instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D.

**PASO 2** ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

NO → Continúe al PASO 3.  SI → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

Escriba solo un número de caso en este espacio.

**PASO 3** Enumere a **TODOS** los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

**A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo).** Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	¿Con qué frecuencia se reciben?							
	Cada 2 semanas	3 veces al mes	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Cada 2 semanas	2 veces al mes
Ingresos del trabajo	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Asistencia pública, pensión alimentaria, manutención	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Pensión, jubilación, seguridad social	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Seguridad de ingreso suplementario (SSI) por discapacidad o vejez	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de desempleo	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios de desempleo de Verano (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

¿Con qué frecuencia se reciben? Marque si no tiene número de Seguro Social  Marque si no desea la Tarjeta de Verano EBT

¿Con qué frecuencia se reciben? Marque si no desea la Tarjeta de Verano EBT

¿Con qué frecuencia se reciben? Marque si no desea la Tarjeta de Verano EBT

¿Con qué frecuencia se reciben? Marque si no desea la Tarjeta de Verano EBT

¿Con qué frecuencia se reciben? Marque si no desea la Tarjeta de Verano EBT

¿Con qué frecuencia se reciben? Marque si no desea la Tarjeta de Verano EBT

¿Con qué frecuencia se reciben? Marque si no desea la Tarjeta de Verano EBT

**B. Ingresos de los niño/as**

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos **TOTALES** (antes de impuestos y deducciones) recibidos por **TODOS** los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

Ingresos de los niño/as \$

Consulte la lista de las fuentes de ingresos al reverso de la solicitud.

**PASO 4** Información de contacto y firma del adulto. **DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A:**

Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y la Tarjeta de Verano EBT. Solamente: Certifico que no estoy recibiendo la Tarjeta de Verano EBT en otro estado.

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario  Fecha de hoy

Dirección postal (si está disponible)  Ciudad  Estado  Código postal  Teléfono (opcional)  Correo electrónico (opcional)

**Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.**

## FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.

Fuentes de ingresos	
<b>Ingresos del trabajo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones</li> <li>ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)</li> </ul>	<b>Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)</li> <li>pensiones privadas o beneficios por discapacidad</li> <li>ingresos procedentes de fideicomisos o herencias</li> <li>anualidades</li> <li>ingresos por inversiones</li> <li>intereses devengados</li> <li>ingresos por arrendamiento</li> <li>pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas</li> </ul>
<b>Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>beneficios por desempleo</li> <li>compensación para los trabajadores</li> <li>Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>asistencia en efectivo del estado o el gobierno local</li> <li>pagos de manutención</li> <li>pagos de pensión alimenticia</li> <li>beneficios para veteranos</li> <li>beneficios por huelga</li> </ul>	<b>Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)</li> <li>pensiones privadas o beneficios por discapacidad</li> <li>ingresos procedentes de fideicomisos o herencias</li> <li>anualidades</li> <li>ingresos por inversiones</li> <li>intereses devengados</li> <li>ingresos por arrendamiento</li> <li>pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas</li> </ul>
<b>Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)</li> <li>subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta</li> </ul>	

## Ejemplos de ingresos de los niño/as

- Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.
- Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social.
- El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.
- Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.
- Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

## OPCIONAL

Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción):  Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza)  Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más opciones):  Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Blanco

Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. \*No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

## NO LLENAR

Solo para uso de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income	<input type="radio"/> Weekly <input type="radio"/> Every 2 Weeks <input type="radio"/> 2x Month <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/> Annual	Household size	<input type="checkbox"/> Free <input type="radio"/> Reduced <input type="radio"/> Denied	If Federal Denied: Eligible for NJ/IEE? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature	Date	Verifying Official's Signature
Categorical Eligibility <input type="checkbox"/>		Federal Income Eligibility <input type="checkbox"/>		

## Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Alimuzeros Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, selecciónela la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPRI) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

## La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del reclamante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

\*No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.

## Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID o NJ FAMILYCARE

---

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, la ley nos permite notificar a Medicaid y NJ FamilyCare que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido *a no ser que usted nos diga que no lo hagamos*. Medicaid y NJ FamilyCare solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o NJ FamilyCare, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

---

- No. Yo NO QUIERO que la información de mi solicitud para Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare).

Si usted marcó no, llene el formulario siguiente para asegurarse que la información de los siguientes menores no sea compartida:

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Devuelva esta hoja a la escuela de su hijo si usted NO desea que esta información sea compartida con NJ FamilyCare o Medicaid.