



**Department of School Food & Nutrition Services**  
Sarah Coughlin, MEd, RD, LDN, SNS, School Nutrition Director  
Braintree High School, 128 Town St, Braintree, MA 02184  
781-848-4000 x7045  
[sarah.coughlin@braintreeschools.org](mailto:sarah.coughlin@braintreeschools.org)

## Información Compartida con Medicaid/CHIP

Estimado/a Padre/Madre/Guardián:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precios reducidos ellos también podrían recibir seguro de salud gratuito o a bajo costo a través de Medicaid o del Programa Estatal de Seguros de Salud Infantiles (CHIP, por sus siglas en inglés). Los niños con seguros de salud son más propensos a recibir atención médica con regularidad y son menos propensos a perder clases por enfermedad.

Dado que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, *la ley nos permite comunicarle a Medicaid y a CHIP sobre la elegibilidad de sus hijos para las comidas gratuitas o a precios reducidos, a menos que usted nos pida que no lo hagamos.* Medicaid y CHIP solo usan la información para identificar a niños que podrían ser elegibles para sus programas. Los funcionarios del programa podrían ponerse en contacto con usted para ofrecerle inscribir a sus hijos. El hecho de completar la Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precios Reducidos no inscribe automáticamente a sus hijos para el seguro de salud.

Si usted no quiere que nosotros compartamos su información con Medicaid o CHIP, complete el formulario de abajo y envíelo.

(Enviar este formulario no cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos).

**¡NO! NO** quiero que la información de la Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precios Reducidos se comparta con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguros de Salud Infantiles.

Si usted marcó que no, complete el formulario de abajo para garantizar que la información de los niños que se mencionan a continuación NO se comparta:

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para mayor información, usted puede contactar a **Sarah Coughlin** al **781-848-4000 ext. 7045** o [sarah.coughlin@braintreeschools.org](mailto:sarah.coughlin@braintreeschools.org).

Entregar este formulario a: **Sarah Coughlin, 128 Town Street, Braintree, MA 02184.**



**Información Compartida con Otros Programas**

Estimado/a Padre/Madre/Guardián:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted brindó en su Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precios Reducidos puede compartirse con otros programas para los cuales es posible que sus hijos califiquen.

Para los siguientes programas, debemos contar con su permiso antes de compartir su información.

Enviar este formulario no cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.

- ¡Sí! **SÍ**, deseo que los funcionarios escolares compartan información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precios Reducidos con el **Departamento de Transporte de las Escuelas Públicas de Braintree (Pases de Autobús)**.
- ¡Sí! **SÍ**, deseo que los funcionarios escolares compartan información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precios Reducidos con el **Departamento de Deportes de las Escuelas Públicas de Braintree**.
- ¡Sí! **SÍ**, deseo que los funcionarios escolares compartan información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precios Reducidos con el grupo de **Costos por Actividades de las Escuelas Públicas de Braintree (por ejemplo: Grupo de Teatro) y/o el Programa School to Work**.
- ¡Sí! **SÍ**, deseo que los funcionarios escolares compartan información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precios Reducidos con el **Jardín Infantil (Kindergarten) de Jornada Completa de las Escuelas Públicas de Braintree**.
- ¡Sí! **SÍ**, deseo que los funcionarios escolares compartan información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precios Reducidos con el **Departamento de Orientación de las Escuelas Públicas de Braintree para SAT y otras exenciones**.

Si usted marcó 'sí' arriba, complete el formulario de abajo para garantizar que la información de los niños que se mencionan a continuación se comparta:

Su información se compartirá solo con los programas que usted eligió.

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información, usted puede contactar a **Sarah Coughlin** al **781-848-4000 ext. 7045** o [sarah.coughlin@braintreeschools.org](mailto:sarah.coughlin@braintreeschools.org).  
 Entregar este formulario a: **Sarah Coughlin, 128 Town Street, Braintree, MA 02184**.

**Declaración de No Discriminación:** Aquí se explica qué hacer si usted cree que no recibió un trato justo. De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture  
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
 1400 Independence Avenue, SW  
 Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico:  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.