

**PARENTAL OR GUARDIAN CONSENT TO RELEASE  
HOUSEHOLD MEAL APPLICATION TO THE CALFRESH PROGRAM**

Dear Parent/Guardian:

Your participation in the Free and Reduced-Price (F/RP) school meal program means your family could be eligible for the CalFresh food assistance program. CalFresh provides monthly benefits to households for purchasing the food they need to maintain adequate nutrition. By signing this form, you consent to allow the WILLIAM S. HART UNION HIGH SCHOOL District (District) to share the information you provided on your F/RP school meal application with the LOS ANGELES County CalFresh Office (CalFresh Office) that is responsible for determining eligibility (benefits) for the CalFresh program. Or if you prefer to apply directly and not exchange this information, you may call the CalFresh program at 1-877-847-3663 or apply online at <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/calfresh>.

**Please note, your participation in the CalFresh program is voluntary. Failure to sign this consent form will not affect your child's eligibility or participation in the district's F/RP school meal program.**

Please check the box above if you want to apply for CalFresh benefits for your family.

Yes! I want the District to share information from my F/RP school meal application with the CalFresh Office to determine if my family is eligible for CalFresh benefits. I realize that the information provided will be shared only with the CalFresh Office.

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

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

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

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

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

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

**By signing this consent form, I voluntarily consent to let the District share the information on my F/RP school meal application with the CalFresh Office, and I acknowledge that I have read and understood all the information on this form.**

**Also, by consenting to this process, I understand that the CalFresh Office will provide me with a CalFresh application to determine CalFresh eligibility.**

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

Printed Name \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

*If you have any questions about this form or this process, you may contact Carolyn McMahon, WSHUHS Free/Reduced Meals SNP Coordinator, at (661)259-0033 x216 or by e-mail at [foodservice@hartdistrict.org](mailto:foodservice@hartdistrict.org).*

## CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA DIVULGAR AL PROGRAMA CALFRESH LA INFORMACIÓN EN SU SOLICITUD DE COMIDAS

Estimado padre/tutor:

Su participación en el programa de comidas escolares gratis o a precio reducido (Free and Reduced Price, F/RP) significa que su familia podría reunir los requisitos para participar en el programa de ayuda alimentaria CalFresh. CalFresh brinda ayuda mensual a los hogares con el fin de que compren los alimentos que necesiten para tener una nutrición adecuada. Al firmar este formulario, da su consentimiento para que el distrito de WILLIAM S HART UNION HIGH SCHOOL (District) comparta la información que usted proporcionó en su solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con la oficina de CalFresh del condado de LOS ANGELES (CalFresh Office) que es responsable de determinar la elegibilidad (beneficios) para el programa CalFresh. O si prefiere presentar su solicitud directamente y no proveer esta información, puede llamar al programa CalFresh al 1-877-847-3663 o presentar su solicitud en línea en <http://www.calfresh.ca.gov>.

**Tenga en cuenta que su participación en el programa CalFresh es voluntaria. No firmar este formulario no afectará la elegibilidad de su hijo o su participación en el programa de comidas escolares gratis o a precio reducido.**



Marque la casilla de arriba si desea solicitar beneficios de CalFresh para su familia.

¡Sí! Deseo que el distrito comparta la información en mi solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con la oficina de CalFresh para que determine si mi familia reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh. Entiendo que la información que proporcione sólo se compartirá con la oficina de CalFresh.

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

Escuela: \_\_\_\_\_

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

Escuela: \_\_\_\_\_

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

Escuela: \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario de consentimiento, consiento voluntariamente a permitir que el distrito comparta la información en mi solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con la oficina de CalFresh, y reconozco que he leído toda la información en este formulario y que la entiendo.**

**Además, al dar mi consentimiento para este proceso, entiendo que la oficina de CalFresh me entregará una solicitud de CalFresh para determinar mi elegibilidad para CalFresh.**

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Si tiene preguntas acerca de este formulario o proceso, puede ponerse en contacto con Carolyn McMahan, WSHUHSD Free/Reduced Meal SNP Coordinator al (661)259-0033 x216 o por correo electrónico en [foodservice@hartdistrict.org](mailto:foodservice@hartdistrict.org).*