

PISCATAWAY REGIONAL DAY SCHOOL

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

1670 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 - (732) 985-8752 Fax (732) 985-8783

Phyllis DeLucia, M.Ed., BCBA
Principal

WAIVER OF CONFIDENTIALITY

Date: _____

Dear Parent/Guardian:

The following organization(s)/individual(s) has/have requested the names of children qualifying for free or reduced price meals and/or free milk in order to provide these children with the donation(s) and/or service(s) indicated below.

If you would like your child to be eligible to receive the benefit(s) listed below, please place a check mark in the YES box. By checking the YES box, your child's name and eligibility status will be released to the organization(s)/individual(s) and you **may** be contacted by program representatives.

If you do not wish for your child's name and eligibility status to be released, please place a check mark in the NO box.

Your child's eligibility/participation in the Child Nutrition Programs will not be affected by the choices made on this Waiver of Confidentiality.

YES **NO**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Holiday Food & Gift Certificates provided by: <u>Anonymous Sponsors</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vision Screenings provided by: <u>Commission for the Blind & Visually Impaired</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gift Certificates & Funds provided by: <u>One Man-One Bike-One Child</u> |

By signing this Waiver of Confidentiality, I fully understand that my child's name eligibility status will **ONLY** be released to the organizations/individuals I have indicated by checking the YES box.

Signature of Parent/Guardian

Date

Please return this completed and signed form to: Phyllis DeLucia, Principal PRDS

PISCATAWAY REGIONAL DAY SCHOOL

EDUCATIONAL SERVICES COMMISSION OF NEW JERSEY

1670 Stelton Road, Piscataway, New Jersey 08854 - (732) 985-8752 Fax (732) 985-8783

Phyllis DeLucia, M.Ed., BCBA
Principal

RENUNCIA DE CONFIDENCIALIDAD

Fecha: _____

Estimado Padre / Tutor:

La (s) siguiente (s) organización (es) / individuo (s) ha solicitado los nombres de los niños que califican para recibir comidas gratis o a precio reducido y / o leche gratis para poder brindarles a estos niños la (s) donación (es) y / o servicio (s) indicada a continuación.

Si desea que su hijo sea elegible para recibir los beneficios que se enumeran a continuación, coloque una marca de verificación en la casilla SÍ. Al marcar la casilla SÍ, el nombre de su hijo y el estado de elegibilidad se divulgarán a la (s) organización (es) / individuo (s) y los representantes del programa se comunicarán con usted.

Si no desea que se divulgue el nombre y el estado de elegibilidad de su hijo, coloque una marca en la casilla NO.

La elegibilidad / participación de su hijo en los Programas de Nutrición Infantil no se verá afectada por las elecciones realizadas en esta Renuncia de Confidencialidad.

SÍ **NO**

- Certificados de regalo y comida para las fiestas proporcionados por:
Patrocinadores anónimos
- Exámenes de la vista proporcionados por: Comisión para Ciegos y
Discapacitados Visuales
- Certificados de regalo y fondos proporcionados por: One Man-One Bike-
One Child

Al firmar esta Renuncia de confidencialidad, entiendo completamente que el estado de elegibilidad del nombre de mi hijo SOLO se divulgará a las organizaciones / personas que he indicado al marcar la casilla SÍ.

Firma del padre / tutor

Fecha

Envíe este formulario completo y firmado a: Phyllis DeLucia, Directora PRDS