

Solicitud para información

Por favor conteste la pregunta más abajo, marcando la casilla que corresponda con su respuesta. La información que sigue a la pregunta es una solicitud a petición de la Asamblea General del estado de Missouri en 2010, requiriendo que los distritos escolares de Missouri determinen si todos los niños de las familias del distrito tienen o no seguro médico.

¿Tiene cada niño de su familia seguro médico?

SÍ

NO

Si Ud. marca la casilla NO, el distrito escolar proveerá información indicando que el niño posiblemente califique para el programa de seguro médico para niños, llamado *MO HealthNet for Kids*.

Completando este formulario no les afectará en ninguna manera su elegibilidad para el programa de comida. Aceptaremos su solicitud para el Programa de Comida Gratuita o a Precio Reducido sin importar cuál sea su respuesta a la pregunta de la *Solicitud para información*.

Por favor llene y entregue esta hoja con su solicitud para el Programa de Comida Gratuita o a Precio Reducido a la escuela de su hijo/a o devuélvalas por correo a la siguiente dirección:

ISD Nutrition Services at 1400 W. GeoSpace Dr. Independence, MO 64056

Estudiante(s) _____

Nombre y apellido (en letra de molde) de los padres/tutores legales: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____