**Attachment K**

**Solicitud de Información**

**(Completar un formulario por familia)**

Responda la siguiente pregunta marcando la casilla correspondiente. La siguiente información es una solicitud adoptada por la Asamblea General en 2010 que requiere que los distritos escolares determinen si todos los niños de una familia tienen seguro médico o no.

¿Todos los niños de su familia tienen seguro médico?

SÍ

NO

**MO HealthNet (Medicaid) se considera un seguro de salud**.

Si marca NO, el distrito escolar proporcionará el formulario ¿Su hijo necesita cobertura médica para la familia?

Completar este formulario no es una condición para determinar la elegibilidad para comidas. La Solicitud Familiar de Comidas Gratuitas ya Precio Reducido será revisada independientemente de su respuesta a esta Solicitud de Información.

Envíe esta solicitud con su solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o de precio reducido o devuélvala a su escuela/distrito escolar.

Nombre de padre/tutor:

Direccion de envio:

Ciudad, Estado, Código Postal: The Department of Elementary and Secondary Education does not discriminate on the basis of race, color, religion, gender, national origin, age, or disability in its programs and activities. Inquiries related to Department programs and to the location of services, activities, and facilities that are accessible by persons with disabilities may be directed to the Jefferson State Office Building, Office of the General Counsel, Coordinator – Civil Rights Compliance (Title VI/Title IX/504/ADA/Age Act), 6th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; telephone number 573-526-4757 or TTY 800-735-2966; email civilrights@dese.mo.gov.