

**HAMLIN SCHOOL DISTRICT**  
**PACH APPLICATION**  
**PEOPLE AGAINST CHILDHOOD HUNGER PROGRAM**



The Hamlin PACH Program was created to provide resources to families who need additional food over the weekends. This is an **optional** program for those who may need support throughout the school year.

**WHO:** This program is available for any student in preschool through 12<sup>th</sup> grade enrolled in the Hamlin School District. This is not associated with the Federal Free/Reduced Lunch Program.

**WHAT:** The food bags include various food items: vegetables, fruits, juices, snacks, and meals. These bags are placed directly into your child's backpack or locker.

**WHEN:** Once a consent form is completed and returned to the school, students will begin receiving a packed food bag before he/she leaves on the last school day of the week.

**HOW:** If you would like to enroll your child(ren) for this program, please fill out this consent form. If you have more than one child to enroll, submit one form listing all your children. Return the completed form to your child's school counselor. Registration will be accepted anytime throughout the school year.

**IF NEEDED, PLEASE CONSIDER LETTING THIS PROGRAM HELP YOU AND YOUR FAMILY.**

| CHILD'S NAME | GRADE/TEACHER | FOOD ALLERGIES? (PLEASE LIST) |
|--------------|---------------|-------------------------------|
|              |               |                               |
|              |               |                               |
|              |               |                               |
|              |               |                               |
|              |               |                               |
|              |               |                               |

**PARENT/GUARDIAN NAME(S):**

**SIGNATURE:**

**DATE:**

If you choose to enroll your child(ren), please be sure your child understands how the program works. If at any point you no longer need this help, contact your child's school counselor to be removed. If your child consistently leaves the food bag at school or is sharing it with others, it will be assumed that this program is no longer needed.

**IF YOU HAVE ANY FURTHER QUESTIONS, PLEASE CONTACT  
HEATHER SIEH, ALYSSA MITTLEIDER OR SHELBY POPHAM AT 605-783-3631.**

**HAMLIN SCHOOL DISTRICT**  
**PACH APPLICATION**  
**PEOPLE AGAINST CHILDHOOD HUNGER PROGRAM**



El programa Hamlin PACH se creó para proporcionar recursos a las familias que necesitan alimentos adicionales durante los fines de semana. Este es un programa **opcional** para aquellos que puedan necesitar apoyo durante el año escolar.

**QUIEN:** Este programa está disponible para cualquier estudiante desde preescolar hasta el grado 12 inscrito en el Centro de Educación Hamlin. Esto no está asociado con el Programa Federal de Almuerzo Gratis / Reducido.

**QUÉ:** Las bolsas de alimentos incluyen varios alimentos: vegetales, frutas, jugos, refrigerios y comidas. Estas bolsas se colocan directamente en la mochila o el casillero de su hijo.

**CUANDO:** Una vez que se completa un formulario de consentimiento y se devuelve a la escuela, los estudiantes comenzarán a recibir una bolsa de comida empacada antes de irse el último día escolar de la semana.

**CÓMO:** Si desea inscribir a su(s) hijo(s) en este programa, complete este formulario de consentimiento. Si tiene más de un hijo para inscribir, envíe un formulario con una lista de todos sus hijos. Devuelva el formulario completo al consejero escolar de su hijo. La inscripción se aceptará en cualquier momento durante el año escolar.

**Si es necesario, considere dejar que este programa le ayude a usted y a su familia.**

| EL NOMBRE DE NIÑO | GRADO Y MAESTRO | ¿ALERGIAS A LA COMIDA? ¿QUÉ ES? |
|-------------------|-----------------|---------------------------------|
|                   |                 |                                 |
|                   |                 |                                 |
|                   |                 |                                 |
|                   |                 |                                 |
|                   |                 |                                 |
|                   |                 |                                 |

**NOMBRE(S) DEL PADRE/CUSTODIO:**

**FIRMA:**

**FECHA:**

Si elige inscribir a su (s) hijo (s), asegúrese de que su hijo comprenda cómo funciona el programa. Si en algún momento ya no necesita esta ayuda, comuníquese con el consejero escolar de su hijo para que lo retiren. Si su hijo deja constantemente la bolsa de comida en la escuela o la comparte con otros, se supondrá que este programa ya no es necesario.

**IF YOU HAVE ANY FURTHER QUESTIONS, PLEASE CONTACT  
HEATHER SIEH, ALYSSA MITTLEIDER OR SHELBY POPHAM AT 605-783-3631.**