

**Food Service Payment**  
**Restriction of Breakfast and/or Additional Food Purchases**

Checks should be made payable to Woodland School District. Visa/Mastercard/Discover payments can be made through Family Access or the Webstore. The District website ([www.dist50.net](http://www.dist50.net)) has links to both Family Access and the Webstore. **When paying online, complete and return this form only if you DO NOT want your child(ren) to participate in the school breakfast program OR if you DO NOT want your child(ren) to charge additional items.**

In order for your child(ren) to participate in the District's Food Service program using the Debit Card System, you must maintain a positive Family Account balance. Credit card payments made through Family Access will be immediately applied to the account. If paying by check or through the Webstore, allow 2 school days to process payments.

<b>"Include this Information with Your Food Service Family Account Payment"</b>	
Head of Household	_____
	(Last Name) (First Name)
Student Name	_____ 18-19 Grade _____
	(Please use (1) student name per family)
Payment Amount	\$ _____

**Restricting Purchase of Breakfast and/or Additional Lunch Items with the Debit Card**

All Grades: Check below if your child IS NOT allowed to participate in the school breakfast program AND/OR purchase additional items with the Debit Card. **Woodland will allow breakfast purchases unless we are notified.**

- 1) Student Name \_\_\_\_\_ 18-19 Grade \_\_\_\_\_  
 I DO NOT want my child to purchase breakfast  
 I DO NOT want my child to purchase additional lunch items
  
- 2) Student Name \_\_\_\_\_ 18-19 Grade \_\_\_\_\_  
 I DO NOT want my child to purchase breakfast  
 I DO NOT want my child to purchase additional lunch items
  
- 3) Student Name \_\_\_\_\_ 18-19 Grade \_\_\_\_\_  
 I DO NOT want my child to purchase breakfast  
 I DO NOT want my child to purchase additional lunch items
  
- 4) Student Name \_\_\_\_\_ 18-19 Grade \_\_\_\_\_  
 I DO NOT want my child to purchase breakfast  
 I DO NOT want my child to purchase additional lunch items

Credit Card # _____	Exp Date _____		
Name of Credit Card Holder: _____			
Signature of Card Holder: _____			
Check # _____	Credit Card _____	Cash _____	Date _____

If you have questions, please call Arbor at (847) 856-3408, or send an email to [fahlenius@dist50.net](mailto:fahlenius@dist50.net)

Woodland School District #50 and Arbor Management  
are equal opportunity providers and employers.

*Pago por servicio de comidas.*  
**Restricción de Desayuno y/o Carga de Comidas Adicionales**

Cheques deben ser a la orden de Woodland School District. Pagos de Visa/Mastercard/Discover pueden hacer a través de Family Access o Webstore. El sitio del distrito ([www.dist50.net](http://www.dist50.net)) también tienen enlaces para "Family Access" (Acceso de Familia) y Webstore. **Al pagar en línea, complete y envíe este formulario sólo si usted NO quiere que su(s) hijo(s) participen en el programa de desayuno o NO quiere que su(s) hijo(s) carguen artículos adicionales.**

Para que sus hijos participen en el programa de Servicio de Comidas del Distrito utilizando el Sistema de Tarjeta de Débito, se debe aplicar dinero a su Cuenta Familiar antes de realizar una compra y mantener una cuenta positiva. Pagos con tarjeta de crédito realizados a través de acceso de la familia se aplicarán inmediatamente a la cuenta. Si paga con cheque o por medio de la Webstore, permitir 2 días hábiles para procesar los pagos.

<b>"Incluya esta información con su pago a la Cuenta Familiar del Servicio de Comidas"</b>	
<b>Jefe de familia</b>	_____ (Apellido, Nombre)
<b>Nombre del estudiante</b>	_____ <b>Grado durante 2018-2019</b> _____ <small>(Use (1) nombre de estudiante por familia)</small>
<b>Cantidad pagada</b>	<b>\$</b> _____

**a Restricción de compra de desayuno y/o elementos adicionales de almuerzo con la tarjeta de débito**

**Todos los grados:** Revise abajo si **NO** permite a su hijo participar en el programa de desayuno y/o comprar artículos adicionales con la Tarjeta de Débito. **Woodland permitirá compras de desayuno al menos que se nos notifique lo**

1) **Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_ **Grado 2018-19** \_\_\_\_\_

- NO quiero que mi hijo/a compre desayuno  
 NO quiero que mi hijo/a compre artículos adicionales

2) **Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_ **Grado 2018-19** \_\_\_\_\_

- NO quiero que mi hijo/a compre desayuno  
 NO quiero que mi hijo/a compre artículos adicionales

3) **Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_ **Grado 2018-19** \_\_\_\_\_

- NO quiero que mi hijo/a compre desayuno  
 NO quiero que mi hijo/a compre artículos adicionales

4) **Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_ **Grado 2018-19** \_\_\_\_\_

- NO quiero que mi hijo/a compre desayuno  
 NO quiero que mi hijo/a compre artículos adicionales

# de tarjeta _____	Fecha exp _____
Nombre de titular de la tarjeta: _____	
Firma de titular de tarjeta: _____	
# Cheque _____	Tarjeta de Crédito _____
Efectivo _____	Fecha _____

Para preguntas, llame a Arbor al (847) 856-3408 o enviar un correo electrónico a: [fahlenius@dist50.net](mailto:fahlenius@dist50.net)