

2018-2019 PASTI PREZZO scuola libera e ridotto FAMIGLIA DI APPLICAZIONE

Parte 1. MEMBRI tutta la famiglia

I nomi dei membri della famiglia di riempimento (In primo luogo, iniziale Medio, Last)	Nome della scuola e la scuola livello di grado per ogni agenzia benessere o corte) bambino / o indicare "NA" se il bambino non è a scuola.		Controllare se un bambino adottivo (responsabilità legale di benessere o corte) •Se tutti i bambini elencate di seguito sono figli adottivi, passare alla Parte 5 di SII: in questa forma.	Controlla se No Reddito
	Scuola	Grado		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. VANTAGGI: Se un membro della vostra famiglia riceve Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) o Ohio Opere First (OWF) le prestazioni, fornire il nome e il 7 o il numero del caso 10 cifre per la persona che riceve i benefici e **passare alla parte 5.** Se nessuno riceve questi vantaggi, **passare alla parte 3.**

NOME: _____ 7 o 10 cifre CASSA NUMERO: _____

Parte 3. Se ogni bambino si sta candidando è senza casa, migranti, o controllare un fuggiasco l'apposita casella e chiamare [la vostra scuola, il collegamento senza fissa dimora, coordinatore migrante al telefono #] **senza casa D Migrante D Scappa D**

Parte 4. familiare totale LORDO (prima della deduzione). Elencare tutti i redditi sulla stessa linea come la persona che lo riceve. Selezionare la casella per quanto spesso viene ricevuto. Registrare ogni reddito solo una volta.

1. DENOMINAZIONE (Elenco di tutti i membri della famiglia con reddito)	2. REDDITO LORDO E COME SPESSE è stato ricevuto								Tutti gli altri redditi (Indicare frequenza, come ad esempio "settimanale" "annualmente"
	guadagni dal lavoro prima deduzioni	Benessere, bambino	Sicurezza	Benefici	pensioni, la pensione, Sociale	Benefici	Benefici	Benefici	
(Esempio) Ja11e Smith	\$ 200	\$ 150	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 50.00 / quarterly	
\$	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	io	
\$	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	io	
\$	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	io	
\$	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	io	
\$	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	io	

Parte 5. SCUOLA D'ISTRUZIONE FEE RINUNCIA ADULTI CONSENSO: Il vostro bambino (i) possono beneficiare di una rinuncia della loro scuola tasse didattici. Dobbiamo avere il permesso di condividere le tue informazioni applicazione pasto con i funzionari della scuola se il bambino (ren) si qualifica per l'esenzione dalla quota. Rispondere a questa domanda non cambierà se i vostri figli potranno ottenere pasti prezzo gratuito o ridotto. Si prega di selezionare una casella: Si sono d'accordo ad avere la mia applicazione pasto usato per determinare se il mio bambino (i) si qualificano per l'esenzione dalla quota.

No, non sono d'accordo per avere la mia applicazione pasto usato per determinare se il mio bambino (i) si qualificano per l'esenzione dalla quota.

Firma del genitore / tutore per l'Instructional Fee Rinuncia Domanda: _____ Data: _____

Parte 6. FIRMA E ultime quattro cifre del numero di previdenza sociale (adulto deve firmare)

Un membro della famiglia adulto deve firmare la richiesta. **Se parte 4 è completato, l'adulto che firma il modulo deve elencare le ultime quattro cifre del suo numero di previdenza sociale o di segnare la "io non hanno una casella di Social Security Number".** (Vedere Normativa Privacy Act sul retro di questa pagina.)

Certifico (promessa) che tutte le informazioni su questa applicazione è vero e che tutto il reddito è segnalato. Capisco che la scuola ottenere fondi federali sulla base delle informazioni dà. Capisco che i funzionari della scuola possono verificare (controllare) le informazioni. Capisco che deliberato travisamento delle informazioni può causare i miei figli a perdere i benefici dei pasti e i può essere soggetta ad azioni giudiziarie ai sensi statali e federali statuti.

Iscriviti qui: X _____ Nome in stampatello: _____ Data: _____

Indirizzo: _____ Numero di telefono: _____

Ultime quattro cifre del tuo numero di previdenza sociale: - - - - **D Non ho un numero di previdenza sociale**

Parte 7. identità etniche e razziali per bambini (opzionale)

Scegli uno ethnicit': <input checked="" type="checkbox"/> Spagnolo / Latino <input checked="" type="checkbox"/> Non Spagnolo / Latino	Scegliere una o più (a prescindere dalla ethnicit!): <input checked="" type="checkbox"/> asiatico <input type="checkbox"/> bianca <input type="checkbox"/> American Indian o Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian o altre isole del Pacifico <input checked="" type="checkbox"/> Americano o africani
---	--

Non compilare questa parte. Questo è solo per uso scolastico.

Conversione reddito annuo: Settimanale x 52, ogni 2 settimane x 26, due volte al mese x 24 x 12 Monthly

Reddito totale: _____ Per: **D Settimana, D Ogni 2 settimane, D Due volte al mese, D Mese, D Anno** Dimensione della famiglia: _____
 Ammissibilità categorica: _____ Data ritirato: _____ Ammissibilità: Free_Ridotto _____ negato _____ Ragionare: _____
 Determinare Firma / approvazione di ufficiale: _____ Data: _____
 Confermando Firma del funzionario: _____ Data: _____
 Follow-up Firma del funzionario: _____ Data: _____
 Se selezionato per la verifica, Data di Verifica Record Inviato: _____ Data di risposta: _____ **2 no Inviato:** _____ Risultati Inviati: _____
 Verifica Risultato: Nessuna ChanQe _____ Libero a prezzo ridotto _____ Libero di pagamento _____ Ridotto Prezzo a Free _____ Ridotto Prezzo a Paid _____