



Oficinas administrativas -1407 Claremont Ave. -Ashland, Ohio 44805 -419 289 1117 419 289 9534 -Fax

2018-2019 SOLICITUD DE ASISTENCIA comida para ASHLAND SECUNDARIA SOLAMENTE

Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (lista de miembros adicionales en la parte posterior si es necesario)

Primero, Inicial, Apellido Nombre de la escuela (si el estudiante) Grado (si el estudiante) INGRESO-Y / N

Blank lines for listing family members.

Parte 2. BENEFICIOS

Si cualquier miembro de su familia recibe Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, formalmente Cupones de Alimentos) o Primeros resultados Ohio Works (OWF), más abajo y saltar a la parte 4. La prueba en la forma de una carta de fecha de la certificación o notificación de elegibilidad para CHASQUIDO o beneficios OWF deben acompañar la solicitud.

Si nadie en el hogar recibe estos beneficios, pase a la parte 3.

NOMBRE: _____ 7 o 10 DIGIT NÚMERO DE CASO: _____

Parte 3. bruto de su hogar INGRESOS (antes de deducciones). Listar todos los ingresos familiares en la misma línea que la persona que lo recibe. /IMPORTANTE: La prueba de cada ingreso que aparece (no antes de 30 días antes de la fecha abajo firmado) deben acompañar a la solicitud de fecha. Proporcionar una copia si es posible, ya que no será devuelto.

Table with columns for Name, Income Type (Weekly, Monthly, etc.), Amount, and Frequency. Includes an example row for 'carril' and several empty rows for other income sources.

Parte 4. RENUNCIA DE INSTRUCCIÓN DE LA ESCUELA CARGOS-ASHLAND SECUNDARIA SOLAMENTE: Si su hijo (s) AHS califica para comidas gratis, también calificar para una exención de cuotas de instrucción escolar Debemos tener su permiso para compartir su estado libre con funcionarios de la escuela. Si los honorarios deben ser renunciado.

Oves, si mi hijo (s) AHS califica para comidas gratis, estoy de acuerdo en tener la condición de libre compartido con funcionarios de la escuela.

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5) – REVERSE SIDE

Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA - VIENE DE LA OTRA CARA DE SER NECESARIO Nombre, Inicial,

Última	Nombre de la escuela (si el estudiante)	Grado (si el estudiante)	INGRESO-Y / N
--------	---	--------------------------	---------------

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5)

/ Parte 5. Firma y últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (firmada por el padre / tutor legal)

** Al firmar esta solicitud, certifico que toda la información es verdadera y que todos los ingresos totales de los hogares se informó en esta solicitud. Yo entiendo que el funcionario de la escuela puede verificar toda la información anterior, y que si se informa de cualquier información falsa, mi hijo (a) va a perder cualquier tipo de asistencia y otras acciones legales se pueden tomar.

Padre / tutor legal Firma: _____

Padre / tutor legal Nombre Impreso: _____ **Dirección:** _____

Número de teléfono: _____ Los cuatro últimos dígitos de la Seguridad Social: ____ El día de hoy: ____

Parte 5. FQRSCHQC) [SÓLO PARA USO-PO NOTFIIL OUT

(Ingresos anuales Conversiones: x semana 52, Cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 24 x 12, mensual) Ingreso Total del Hogar:

\$ _____ Número de hogares: ____

Total de ingresos por (marque con un círculo):

Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Un año

Elegibilidad categórica: _____ libre reducido denegado _____

Motivo: _____ La determinación / Firma del Oficial de Aprobación: _____ Fecha de la

firma: _____