



관리 사무소 -1407 클레어몬트 번가 -Ashland 오하이오 -419 44,805 289 1,117 419 289 9,534 -Fax

ASHLAND HIGH SCHOOL 만에 대한 급식 지원을 2018년부터 2019년까지 신청

제 1 부 ALL 가정용 회원 (목록 우선 필요한 경우 다시)에 대한 자세한 회원, 중간 이름, 성

학교 명 (학생의 경우)

학년 (만약 학생)

Income-Y / N

나는 2 혜택을 일부

당신의 가족의 구성원 자격 인증 통지의 일자 편지에 대한 형태로 파트 4. 증명을 보조 영양 지원 프로그램 (SNAP, 공식적으로 푸드 스탬프) 또는 오하이오 작품 먼저 (OWF) 혜택, 아래 전체를 수신 건너 뛰면 스넵 또는 OWF 혜택은 응용 프로그램을 동반해야 합니다.

가정에는 다음과 같은 이점을 수신하지 않는 경우, 제 3 부로 건너 됩니다.

NAME : _____ 7 10 DIGIT 케이스 번호 : _____

부 (공제 전) 3 가구 총 총소득. 그것을받는 사람과 같은 줄에있는 모든 가구 소득을 나열합니다. /중대한!! 나열된 각 소득 증명 (더 이전 응용 프로그램을 첨부해야하기 전에 아래에 서명한 날짜 30 일) 이상 일하지 않는다. 그것은 반환되지 않으므로 가능하면 사본을 제공합니다.

| 1. NAME (소득 모든 가족 구성원을 나열) | 2. 총소득과 얼마나 자주 받았습니까 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------|--------|---------------|---------------|---------|-----------------------|-------|--------------------------------|----|----------|
| | 공제 전 직장에서 실적 | Weekly | Every 2 Weeks | Twice Monthly | Monthly | 복지, 자녀 양육비, 위자로 | VA 혜택 | 펜션, 퇴직, 사회적인 보안, SSI, | J2 | 모든 기타 소득 |
| (example) 레인 \$의 initl. | \$ 100 | | | | | 150 | 0 | 0 | 0 | \$ 250 |
| | \$ | | | | | 에스 | | | | \$ / |
| | \$ | | | | | 에스 | | | | \$ / |
| | \$ | | | | | 에스 | | | | \$ / |
| | \$ | | | | | 에스 | | | | \$ / |
| | \$ | | | | | 에스 | | | | \$ / |

학교 교육의 제 4 부 면제 수수료는 -ASHLAND HIGH SCHOOL 만 해당 : 당신의 AHS 학생 (들) 무료 식사 자격이있는 경우, 그들은 또한 학교 교육 수수료의 면제 자격 우리는 학교 관계자와 무료 상태를 공유 할 수있는 권한이 있어야합니다. 수수료가있는 경우 면제한다.

내 AHS 학생 (들) 무료 식사 자격이 있는지 Oves는, 나는 학교 관계자들과 공유 자유로운 상태를하는 데 동의합니다.

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5) – REVERSE SIDE

제 1 부 모든 가족 구성원 - 우선 필요한 경우 다른 측면에서 계속 마지막, 중간 이니셜

학교 명 (학생의 경우)

학년 (학생의 경우)

Income-Y / N

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5)

/ 제 5 부 서명 및 사회 보장 번호의 마지막 네 자리 숫자는 (부모 / 법적 보호자 서명)

** 이 응용 프로그램에 서명함으로써, 나는 모든 정보가 사실이며 모든 총 가구 소득이 응용 프로그램을보고 있다는 것을 증명합니다. 나는 학교 관계자는 위의 모든 정보를 확인할 수 및 허위 정보가보고되는 경우, 내 자녀 (가) 어떤 지원을 추가 법적 조치가 취해질 수 있게됩니다 이해합니다.

부모 / 보호자 서명 : _____

부모 / 보호자 인쇄 이름 : _____ 주소 : _____

전화 번호 : _____ 사회 보장 번호의 마지막 네 자리 숫자 : ____ 오늘 날짜 : ____

Part E... FQRSCHQC) [USE ONLY-PO NOTFIIL OUT

(연간 소득 변환 : 주간 X 52, 2 주마다 X (26), 한 달에 두 번씩 X 24 월 X 12) 총 가구 소득 : \$

가정의 수 : ____

총 소득 당 (° 표하십시오) :

주간 매 2 주마다 한 달에 두 번 월간 간행물 년

범주 자격 : 무료 ____ 감소 ____ 거부 ____

이유 : ____ 결정 / 승인 공식 서명 : _____ 서명 날짜 : _____