

2018-2019 FREI UND SONDERPREIS SCHULESSEN ANWENDUNG FAMILIE

Teil 1. alle Haushaltsmitglieder			
Die Namen der Füllung Haushaltsmitglieder (First, Initiale, Last)	Name der Schule und Schulklassenstufe für jedes Sozialamt oder Gericht Kind / oder zeigen „NA“, wenn das Kind nicht in der Schule ist.		Überprüfen Sie, ob ein Pflegekind (rechtliche Verantwortung von oder Gericht) •Wenn alle Kinder unter sind Pflegekinder aufgeführt, überspringen sii Teil 5: in dieser Form.
	Schule	Klasse	überprüfen Sie, ob Nein Einkommen
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Teil 2. VORTEILE: Wenn ein Mitglied Ihres Haushalts Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) empfängt oder Ohio Works First (OWF) Vorteile, den Namen und die 7 oder 10-stellige Fallnummer für die Person, die Leistungen erhält und **überspringen zu Teil 5.** Wenn niemand diese Vorteile erhält, **überspringen Teil 3.**

NAME: _____ 7 oder 10-stelliger CASE NUMBER: _____

Teil 3. Wenn irgendein Kind, das Sie sich bewerben ist obdachlos, Migrant oder ein Ausreißer das entsprechende Kontrollkästchen und ruft [Ihre Schule, obdachlos Liaison, Wander Koordinator am Telefon #] **Obdachlos D Wander- D Weglaufen D**

Teil 4. GESAMTHAUSHALTSBruttoEinkommen (vor Abzug). Liste aller Einnahmen auf der gleichen Linie wie die Person, die sie empfängt. Markieren Sie das Kästchen, wie oft es empfangen wird. Nehmen Sie nur einmal jedes Einkommen.

1. BEZEICHNUNG (Alle Haushaltsmitglieder mit Einkommen)	2. Bruttoeinkommen und wie oft sie empfangen wurde									
	Verdienste von der Arbeit Vor Abzüge	Wohlergehen, Kind	Pensionen, Pensionierung, Sozial Leistungen	Alle Sonstige Erträge (Angabe der Frequenz, wie „wöchentlich“ "jährlich"						
(Beispiel) Ja 11e Smith	\$ 200	\$ 150	\$ 0	\$ 50.00 / quarterly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	0000	0000	0000	0000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	0000	0000	0000	0000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	0000	0000	0000	0000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	0000	0000	0000	0000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 5. SCHULE LEHR FEE WAIVER ADULT ZUSTIMMUNG: Ihr Kind (ern) für einen Verzicht auf ihre Schulunterrichtsgebühren qualifizieren. Wir müssen Ihre Erlaubnis Ihre Mahlzeit Anwendungsinformation mit Schule Beamten zu teilen, wenn Ihr Kind (ern) für eine Gebührenbefreiung qualifiziert. Die Beantwortung dieser Frage wird sich nicht ändern, ob Ihre Kinder freien oder ermäßigten Preis Mahlzeiten bekommen. Überprüfen Sie bitte eine Box: Ja, ich stimme zu, meine Mahlzeit Anwendung verwendet zu haben, um zu bestimmen, ob mein Kind (ern) für eine Gebührenbefreiung qualifizieren.

Nein, ich bin nicht einverstanden meine Mahlzeit Anwendung verwendet zu haben, um zu bestimmen, ob mein Kind (ern) qualifizieren sich für eine Gebührenbefreiung.

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten für die Lehr-Fee Waiver Frage: _____ Datum: _____

Teil 6. SIGNATURE UND letzten vier Ziffern Sozialversicherungsnummer (ADULT müssen sich anmelden)

Ein erwachsenes Haushaltsmitglied muss den Antrag unterschreiben. **Wenn Teil 4 abgeschlossen ist, eine Liste der Erwachsene das Formular unterzeichnen müssen auch die letzten vier Ziffern seiner Sozialversicherungsnummer oder markieren die "ich keine Social Security Number"-Box hat.** (Siehe Privacy Act Statement auf der Rückseite dieser Seite.)

Ich bestätige (Versprechen), dass alle Informationen zu diesem Antrag wahr sind und dass alle Einnahmen ausgewiesen werden. Ich verstehe, dass die Schule Bundesmittel auf der Grundlage der Informationen erhalten, werde ich geben. Ich verstehe, dass Schulbeamte überprüfen können (überprüfen), um die Informationen. Ich verstehe, dass vorsätzliche der Informationen können meine Kinder verursacht Mahlzeit Vorteile zu verlieren, und ich kann zu Strafverfolgung unter staatlichen und bundesstaatlichen Gesetzen unterliegt.

Melden Sie sich hier: X _____ Drucken Name: _____ Datum: _____

Adresse: _____ Telefonnummer: _____

Die letzten vier Ziffern Ihrer Sozialversicherungsnummer: - - - - Ich habe nicht eine Sozialversicherungsnummer

Teil 7. Kinder ethnischen und rassischen Identitäten (optional)

Wählen Sie einen ethnicity': _____	Wähle eine oder mehr (unabhängig von ethnicity!): _____
<input checked="" type="checkbox"/> Spanisch / Latino	<input type="checkbox"/> Asiatisch <input type="checkbox"/> American Indian oder Alaska Native <input checked="" type="checkbox"/> Afroamerikanern
<input checked="" type="checkbox"/> Nicht Spanisch / Latino	<input type="checkbox"/> Weiß <input type="checkbox"/> Hawaiianische oder andere Pacific Islander

Sie nicht diesen Teil ausfüllen. Dies ist für die Schule nur.

Jahreseinkommen Umwandlung: Wöchentlich x 52, alle 2 Wochen x 26, zweimal pro Monat x 24 x 12 Monat

Gesamteinkünfte: _____ Pro: Woche, Alle 2 Wochen, Zweimal im Monat, Monat, Jahr Größe des Haushalts: _____

Kategorische Teilnahmeberechtigung: Datum Zurückgezogen: _____ Teilnahmeberechtigung: Free_ Reduzierte _____ verweigert _____ Grund: _____

Ermittlung / Zulassung Offizielle Unterschrift: _____ Datum: _____

Bestätigen Offizielle Unterschrift: _____ Datum: _____

Follow-up-Amts Unterschrift: _____ Datum: _____

Wenn für die Prüfung ausgewählt, Hinweis Datum Verification Sent: _____ Antwortdatum: _____ **2nd Bemerkung:** _____ Ergebnisse Sent: _____

Verification Ergebnis: Keine ChanQe Auf Preisreduzierung Free to Paid Reduzierter Preis Kostenlos Reduzierter Preis Paid