مكاتب إدارية -1407 كليرمونت افي. -Ashland، أوهايو 44805 -419 289 1117 419 289 9534 -Fax

2018-2019 APPLICATION FOR المساعدة وجبة FOR ASHLAND HIGH SCHOOL فقط

الجزء 1. ALL المنزلية أعضاء (قائمة أعضاء إضافيين على ظهره إذا لزم الأمر} أولا، الأولية

الأوسط، آخر	اسم المدرسة (إذا كان الطالب}	الصف (إذا طالب}	Income-Y / N

ا الجزء 2. الفوائد

إذا كان أي فرد من أفراد أسرتك يتلقى البرنامج التكميلي التغذية المساعدة {SNAP، رسميا طوابع الغذاء) أو أوهايو الأشغال الأولى) فوائد OWF {وكالمة أدناه وانتقل إلى الجزء 4. إثبات في شكل رسالة مؤرخة التصديق أو إشعار الأهلية لل يفرقع، ينفجر أو فوائد OWF يجب أن ترافق التطبيق.

إذا لم يحصل أي واحد في المنزل هذه الفوائد، انتقل إلى الجزء 3.

الاسم: _____ 7 أو 10 DIGIT رقم القضية: _____ _

الجزء 3. مجموع المنزلية إجمالي الدخل (قبل الخصومات). قائمة جميع دخل الأسرة على نفس الخط باعتباره الشخص الذي يحصل عليه. /مهم:! دليل على كل الدخل المدرجة (مؤرخة في وقت سابق لا يتجاوز 30 يوما قبل تاريخ التوقيع أدناه} يجب أن ترافق التطبيق. تقديم صورة إن أمكن لأنها لن تعاد.

1. الاسم (قائمة جميع أفراد الأسرة من ذوي الدخل)	2. الدخل الإجمالي وعدد المرات التي وردت															
	العائدات من العمل قبل الخصومات	Weekly	Every 2 Weeks	Twice Monthly	Monthly	رعاية ودعم الأطفال والنفقة					المعاشات، التقاعد، الأمن، SSI، الاجتماعي فوائد VA					جميع الإيرادات الأخرى "الأسبوعية" "شهريا" "الفصلية" "سنويا"
(fxample) "حارة $ initl.	$ فريق الرقابة الداخلية	☐	☐	☐	☐	1-SO	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	$ 5oto01quante_H (
	$	☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	$ _ / __
	$	☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	$ _ / __ _
	$	☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	$ _ ___، / __
	$ $	☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	$ _ ___، / __
		☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	الصورة	☐	☐	☐	☐	$ _ / __ _

الجزء 4. التنازل عن SCHOOL تعليمي رسوم-ASHLAND HIGH SCHOOL فقط: إذا طلب AHS الخاص بك (ق} مؤهل للحصول على وجبات مجانية، كما أنها مؤهلة للحصول على إعفاء من الرسوم التعليمية المدرسة يجب أن يكون لديك إذن لمشاركة حالتك مجاني مع مسؤولي المدرسة. إذا الرسوم التي يتعين التنازل عنها.

OVES، إذا تلميذي AHS (ق} مؤهل للحصول على وجبات مجانية، أنا أوافق أن يكون الوضع الحرة المشتركة مع مسؤولي المدرسة.

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5) – REVERSE SIDE

الجزء 1. جميع أفراد الأسرة - تتمة SIDE أخرى إذا لزم الأمر أولا والشرق الأولي، آخر

اسم المدرسة (إذا كان الطالب)	الصف (إذا طالب)	Income-Y / N

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5)

/ الجزء 5. التوقيع وآخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي (بالتوقيع من قبل ولي الأمر / الوصي القانوني)

* * من خلال توقيع هذا الطلب، وأشهد أن جميع المعلومات صحيحة والتي تم الإبلاغ عنها عن إجمالي دخل الأسرة على هذا الطلب. أنا أفهم أن المسؤول المدرسة قد تحقق جميع المعلومات الواردة أعلاه، وأنه إذا تم الإبلاغ عن أي معلومات غير صحيحة، طفلي (ريني) سوف تفقد يجوز اتخاذ أي مساعدة ومزيد من الإجراءات القانونية.

الوالد / القانوني الجرايان التوقيع: -

الوالد / القانونية الجرايان مطبوعة الاسم: _____ _ **العنوان:**

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -