



Administrative Büros -1407 Claremont Ave -Ashland, Ohio 44805 -419 289 1117 -Fax 419 289 9534

2018-2019 ANTRAG AUF MAHLZEIT ASSISTANCE FÜR ASHLAND HIGH SCHOOL ONLY

Teil 1. alle Haushaltsmitglieder (Liste zusätzliche Mitglieder zurück, wenn nötig) Erstens, Initiale,

Last	Name der Schule (Wenn Schüler)	Grade (Wenn Schüler)	Income-Y / N

I Teil 2. NUTZEN

Wenn ein Mitglied Ihres Haushalts erhält Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, formal Lebensmittelmarken) oder Ohio Works Erste (OWF) Vorteile, komplett unten und überspringen für Teil 4. Nachweis in Form eines datierten Brief des Nachweises oder der Bekanntmachung der Förderfähigkeit SNAP oder OWF Vorteile müssen Anwendung begleiten.

Wenn niemand im Haushalt diese Vorteile erhält, gehen Sie zu Teil 3.

Name: _____ 7 oder 10 DIGIT CASE-NUMMER: _____

Teil 3. GESAMTHAUSHALTSBruttoEinkommen (vor Abzug). Alle auflisten Haushaltseinkommen auf der gleichen Linie wie die Person, die sie empfängt. /WICHTIG: Der Nachweis der einzelnen aufgeführten Erträge (datiert frühestens 30 Tage vor dem unterzeichnenden Datum) muss Antrag beigefügt. Eine Kopie zur Verfügung, falls möglich, da es nicht zurückgegeben werden.

1. BEZEICHNUNG (Alle Haushaltsmitglieder mit Einkommen)	2. Bruttoeinkommen und wie oft sie empfangen wurde											Alle Sonstige Erträge „Wöchentlich“ „monatlich“ „vierteljährlich“ „jährlich“
	Das Ergebnis der Arbeit vor Abzug	Weekly	Every 2 Weeks	Twice Monthly	Monthly	Wohlfahrt, Kindergeld, Unterhalt	VA Vorteile	Pensionen, Ruhestand, Sozial Sicherheit, VA Vorteile	J2	S	5	
(Example) Spur \$ initl. \$ log		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 50001quante H (
\$	<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"/>	<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"/>	<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"/>	\$ /

Teil 4. VERZICHT DER SCHULE LEHR GEBÜHREN-ASHLAND HIGH SCHOOL NUR: Wenn Ihr AHS Schüler (s) kostenlos Mahlzeiten qualifiziert, sie qualifizieren auch für einen Verzicht auf die Schule Unterrichtsgebühren Wir müssen Ihre Erlaubnis Ihre freien Status mit der Schule Beamten zu teilen. wenn Gebühren werden, verzichtet.

Oves, wenn meine AHS Schüler (s) für Freie Mahlzeiten qualifiziert, ich stimme den freien Status mit Schulbeamten geteilt zu haben.

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5) – REVERSE SIDE

Teil 1. ALLE MITGLIEDER HAUSHALT - FORTSETZUNG VON ANDEREN SEITE ERFORDERLICH IF Zunächst Initiale,

Last Name der Schule (Wenn Schüler) Grade (Wenn Schüler) Income-Y / N

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5)

/ Teil 5. SIGNATURE UND letzten vier Ziffern SECURITY NUMBER Social (BY Eltern- / RECHTS GUARDIAN signed)

** Mit dieser Anmeldung bestätige ich, dass alle Informationen korrekt sind und dass alle gesamten Haushaltseinkommen zu dieser Anwendung gemeldet wird. Ich verstehe, dass die Schule offiziell all oben genannte Angaben überprüfen kann, und dass, wenn eine falsche Information gemeldet wird, mein Kind (ern) wird jede Unterstützung und weitere rechtliche Schritte verlieren können ergriffen werden.

Eltern / Erziehungsberechtigter Unterschrift: - - - - -

Eltern / Erziehungsberechtigter Printed Name: _____ Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Die letzten vier Ziffern der sozialen Sicherheit: ____ Heutiges Datum: ____

ParfE., FQRSCHQC) [USE ONLY-PO NOTFIIL: OUT

(Jahreseinkommen Conversions: Wöchentlich x 52 Alle 2 Wochen x 26, zweimal im Monat x 24, Monat x 12)

Gesamthaushaltseinkommen: \$ - - - - - Anzahl in Haushalt: ____

Gesamtgewinn pro (bitte einkreisen):

Wöchentlich Alle 2 Wochen Zweimal im Monat Monatlich Ein Jahr

Kategorische Teilnahmeberechtigung: Freies ____ Reduzierte ____ verweigert ____

Grund: _____ Bestimmung / Zulassung Offizielle Unterschrift: _____ Datum der

Unterzeichnung: _____