



# OTTAWA TOWNSHIP HIGH SCHOOL DISTRICT 140

211 East Main Street, Ottawa, IL 61350  
(815)433-1323 • Fax (815)433-1338 • www.ottawahigh.com

**Dr. Michael Cushing**, Superintendent  
**Patrick Leonard**, Principal  
**Jeff DeWalt**, Assistant Principal  
**Janet Pearson**, Chief Financial Officer  
**Dawn Roalson**, Director of Special Needs  
**John Alexander**, Dean of Students  
**Dr. Kristin Heredia**, Dean of Students  
**Dan Le**, Instructional Coach

## 2019-2020 Fee Formulario de Exención

Si tiene certificación directa, recibe SNAP o TANF, no tiene que llenar la solicitud de elegibilidad del hogar en el reverso de esta página. **Usted, sin embargo, tendrá que completar esta página y su firma es necesaria para aceptar o rechazar los beneficios como se describe.** Si no recibe Snap o TANF, debe completar ambos lados de esta página para solicitar el almuerzo gratuito o reducido y la exención de honorarios.

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Seleccione el modo en que su estudiante califica para esta exención que ofrece almuerzos gratis y cargos de inscripción exentos:

- El estudiante califica a través de **certificación directa**
- El estudiante recibe "ayuda a familias de niños dependientes" (exención del 100%)
  - Número de TANF:** \_\_\_\_\_
- El estudiante recibe asistencia nutricional suplementaria (100% de exención)
  - Número de SNAP:** \_\_\_\_\_
- El ingreso familiar** cae dentro de las pautas federales para el almuerzo gratis (100% exención)

Los nombres de los estudiantes de OTHS inscritos monto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

- Acepto la exención total o reducida para las tasas de IHSA (deportes, coro, banda, etc...)
- Acepto la exención de honorarios o el estado reducido de las tasas

O

- Me niego la opción de tener estos honorarios y **pagaré todas las tarifas**  
Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

**Firma del padre/tutor (s):** \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SOLICITUD PARA LECHE/COMIDA GRATUITA Y COMIDAS A PRECIO REDUCIDO: Complete una solicitud por hogar por distrito escolar.  
Instrucciones al dorso.

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA**

**1. Todos los miembros del hogar (anexe otra hoja de papel si es necesario).**

Comprobar si la solicitud es propensa a errores

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	(solo para estudiantes)		NÚMERO DE CASO DE SNAP O TANF EXCLUSIVAMENTE Pase a la Parte 4 si indica un número de caso de SNAP o TANF. Debe proporcionar al menos un SNAP/TANF a continuación. Si recibe Medicaid y no fue certificado directamente para obtener comidas gratis, <b>DEBE</b> presentar su solicitud basándose en el tamaño y los ingresos de su familia.	Verificar si se trata de una niña de acogida *
	Nombre de la escuela	Grado		
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

\* Un/a niña de acogida es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar o un tribunal.

**2. Sin hogar, migrante, fugitivo o Head Start (categóricamente elegible)**

Sin hogar  Migrante  Fugado  Head Start

Firma del enlace con personas sin hogar, coordinador de migrantes o director de Head Start de su escuela

Fecha

**3. Ingreso bruto total del hogar (antes de deducciones) Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.**

A. (INCLUYA TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIÓ (Ejemplo: \$100/mes, \$100/dos veces al mes, \$100/quincena, \$100/semana)							
	B. Ingresos del trabajo (Antes de deducciones)		C. Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia		D. Pensiones, jubilación, seguridad social		E. Indemnización por accidente de trabajo, desempleo, SSI, etc. (Todos los demás ingresos)	
	Monto	¿Con qué frecuencia?	Monto	¿Con qué frecuencia?	Monto	¿Con qué frecuencia?	Monto	¿Con qué frecuencia?
i.	\$						\$	
ii.	\$						\$	
iii.	\$						\$	
iv.	\$						\$	
v.	\$						\$	

**4. Firma y Número del Seguro Social (un adulto debe firmar)**

Un adulto miembro del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 3, el adulto que firme el formulario también debe indicar los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número del Seguro Social".

X X X - X X -   
Número del seguro social

No tengo un Número del Seguro Social.

*Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (constatar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder beneficios de comida y yo puedo ser procesado.*

Fecha

Nombre en letra de imprenta del miembro adulto del hogar

Firma del miembro adulto del hogar

**5. Información de contacto (Opcional)**

Número de teléfono laboral (Incluir código de área)

Número de teléfono particular (Incluir código de área)

Domicilio (número, calle, ciudad, estado, código postal)

**6. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)**

Marque una identidad étnica:

- Hispano/Latino  
 No es hispano / latino

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático  Negro o afroamericano  
 Blanco  Indígena americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

**- LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA -**

**DETERMINACIÓN INICIAL**

INGRESO TOTAL \$ \_\_\_\_\_ Por:  Semana  Quincena  Dos veces al mes  mes  Año MIEMBROS DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_ CAMBIO EN LA SITUACIÓN: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Las LEA sólo deben anualizar los ingresos cuando se declaren ingresos múltiples, con frecuencias variables.

Conversión de ingresos anuales Semanal X 52 Quincenal X 26 Dos veces al mes X 24 Mensual X 12

**Gratis por:**

- sin hogar  SNAP o TANF  
 migrante  niño/a de acogida  
 fugado  ingresos del hogar  
 Head Start

**Reducido por:**

- ingresos del hogar

**Rechazada--razón:**

- ingreso demasiado alto  
 solicitud incompleta  
 SNAP/TANF que no cumple los requisitos

Fecha del retiro: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario que toma la decisión

Fecha: \_\_\_\_\_