



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
Dr. Kristin Heredia, Dir. of Teaching and Learning
John Alexander, Dean of Students
Jessica Kuhn, Dean of Students

Fee Waiver Form 2020-2021

Si usted está certificado directamente, recibe SNAP o TANF, complete el Formulario de Exención de Tarifas para **ACEPTAR** o **DECLINE** los beneficios descritos a continuación. Si no recibe SNAP o TANF, debe completar el Formulario de Exención de Tarifas y la **Solicitud de Elegibilidad del Hogar** en la parte posterior para solicitar beneficios gratuitos o reducidos.

Nombre del Padre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Seleccione cómo califica su estudiante para esta exención que proporciona almuerzo gratuito y cuotas de inscripción exentas:

- Estudiante califica a través de **Certificación Directa**
- El estudiante recibe "Ayuda a las Familias de Niños Dependientes" (100% de exención):
 - NÚMERO TANF:** _____
- El estudiante recibe Asistencia Nutricional Suplementaria (100% de exención):
 - Número SNAP:** _____
- Los Ingresos** Familiares están dentro de las Directrices Federales para almuerzos gratuitos o reducidos. **Para esta opción, debe completar la solicitud atrás y proporcionar verificación de ingresos, como los talones de pago que muestran los ingresos brutos.**

Nombres de los estudiantes de OTHS inscritos

- I ACEPTO** la exención de tarifas para el estado gratuito o reducido para el almuerzo y las tarifas.
GRATIS = Almuerzo gratuito además de las cuotas de inscripción, posiblemente prorrateado; condonadas por las cuotas de clase; y condonadas las tarifas de IHSA.
REDUCIDO = El almuerzo es \$0. 40; Las tasas de IHSA se reducen en un 50%; y las cuotas de inscripción se mantienen en \$125 por estudiante.
- I DECLINE** la opción de tener estos cargos exentos y pagaré **todas las tarifas.**

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. **Firma del Padre/Tutor:** _____
Approved by _____ Date: _____

Comprobar si la solicitud es propensa a errores

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

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	(solo para estudiantes)		(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, DEBE presentar su solicitud basándose en el tamaño y los ingresos de su familia.	Verificar si se trata de un/a niño/a de acogida *
	Nombre de la escuela	Nombre de la escuela	Grado	Grado		
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

* Un/a niño/a 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
 - migrante
 - fugado
 - 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: _____