



**Заявление об освобождении от оплаты школьных сборов на 2017-2018 г.
Для школ CEP: Field, Frost, Holmes, Kilmer, London, Tarkington, Twain и Whitman**

Часть 1. Перечислите имена ВСЕХ членов вашей семьи ниже:

ИМЯ	ФАМИЛИЯ	ШКОЛА/КЛАСС (только для учащихся)	НОМЕР TANF/SNAP 10-13 цифр XX-XXX-XX-XXX(XXX)

Если вам не хватает места, чтобы указать всех членов семьи, пожалуйста, перечислите их на отдельном листе бумаги.

Часть 2. Бездомный, мигрант, сбежавший из дома, приемный ребенок: Бездомный Мигрант Сбежавший из дома Приемный ребенок

Часть 3. Общий валовой семейный доход (до вычетов). Укажите суммы и частоту поступлений.

ИМЕНА (УКАЖИТЕ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДОХОД)	Валовой доход и частота поступлений Пример: \$100 / месяц; \$100 два раза в месяц; \$100 каждые две недели; \$100 /неделю							
	Поступления от работы (до вычетов)		Материальная помощь, пособие на ребенка, алименты		Пенсии, пособие по социальному обеспечению		Компенсация работникам, пособие по безработице и т.п. (любой другой доход)	
	Сумма, \$	Как часто?	Сумма, \$	Как часто?	Сумма, \$	Как часто?	Сумма, \$	Как часто?

Часть 4. Подпись

_____	_____	_____
Дата	Имя совершеннолетнего члена семьи печатными буквами	Подпись совершеннолетнего члена семьи

Часть 5. Контактные данные

_____	_____	_____
Рабочий номер телефона	Домашний номер телефона	Домашний адрес (номер дома, улица, город, индекс)

Заявление о соблюдении конфиденциальности: Совет по образованию штата Иллинойс требует от школ собирать информацию с помощью данной анкеты с целью помочь школам сообщать о праве учащихся на участие в федеральных программах предоставления льгот и программах штата. Вы не обязаны предоставлять такую информацию, однако если вы этого не сделаете, мы не сможем определить право вашего ребенка на получение дополнительных пособий в рамках федеральных программ и программ штата. Мы будем соблюдать конфиденциальность предоставленной вами информации в объеме, требуемом законом. При этом мы предоставим информацию о вашем социально-экономическом статусе в различные федеральные программы и программы штата, чтобы помочь им оценить, финансировать или определять льготы в рамках программ, а также аудиторам для проверки программ и сотрудникам правоохранительных органов для рассмотрения возможных нарушений правил программы.

Заявление об отсутствии дискриминации: в соответствии с Федеральным законом и политикой Департамента образования США, в данном учреждении запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Если вы хотите подать жалобу о дискриминации, вы можете обратиться в U.S. Department of Education, Office for Civil Rights, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323 или позвонить по телефону (215) 656-8541 (голосовая связь). Лица, страдающие нарушениями слуха или речи, могут обратиться в Департамента образования США через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (испанский). Департамента образования США стремится обеспечить равные возможности для обслуживаемых лиц и своих сотрудников.

ТОЛЬКО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ШКОЛЫ - НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ЭТУ ЧАСТЬ [SCHOOL USE ONLY - DO NOT FILL OUT THIS PART]

INITIAL DETERMINATION | Annual Income Conversion: Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Once a Month X 12

TOTAL INCOME \$ _____ Per: Week Every 2 weeks Twice a Month Month Year NUMBER IN HOUSEHOLD: _____

- Fee Waiver Approved Fee Waiver Denied - Reason:
- income too high
 - incomplete application

Signature of Determining Official: _____ Date: _____