



# Community Consolidated School District 21

999 West Dundee Road • Wheeling, Illinois 60090  
847.537.8270  
www.ccsd21.org

Dr. Michael Connolly, Superintendent

## Board of Education

Phil Pritzker, *President* • Staci Allan, *Vice President* • Debbi McAtee, *Secretary*  
Arlen S. Gould • Bill Harrison • Stacy Hipsak Goetz • Jessica Riddick

31.07.2019

Szanowny rodzicu/opiekunie!

CCSD 21 oferuje kwalifikującym się rodzinom pomoc w opłatach za szkołę, w tym między innymi w opłatach za podręczniki, materiały do nauczania, wycieczki i projekty klasowe. CCSD 21 zwolni z opłat uczniów, których dochody na gospodarstwo rodzinne mieszczą się w wytycznych USDA dotyczących kwalifikowalności.

Aby wziąć udział w programie, rodzic lub opiekun prawny ucznia(-ów) musi wypełnić wniosek o "Zwolnienie z opłat" znajdujący się na odwrocie tego pisma. Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania zawarte we wniosku, w przeciwnym razie wniosek zostanie odrzucony. Uwaga! rozpatrzenie wniosku może zająć do 10 dni roboczych.

### **OSOBY WYPEŁNIAJĄCE WNIOSEK NIE POWINNY WNOSIĆ ŻADNYCH OPŁAT.**

Wnioskodawca otrzyma na adres domowy zawiadomienie, czy przyznano mu czy odmówiono zwolnienia z opłat. W razie odrzucenia wniosku rodzic lub opiekun prawny ucznia będzie odpowiedzialny za wniesienie opłat szkolnych. Rachunek za opłaty szkolne jest wystawiany dwa razy w roku, w lipcu i w lutym.

Osoby, które nie zgadzają się z decyzją Okręgu mogą omówić tę kwestię z Cindy Kile, pracownikiem szkoły ds. kwalifikowalności dzwoniąc pod numer 847-520-2706. Osobom, które w dalszym ciągu zechcą odwoływać się od decyzji przysługuje prawo do przesłuchania administracyjnego. Od decyzji można się odwołać dzwoniąc lub pisząc do:

Micheal DeBartolo  
Assistant Superintendent for Finance and Operations/CSBO  
999 West Dundee Road  
Wheeling, IL 60090  
847-520-2707

W dowolnej chwili w ciągu roku szkolnego można złożyć ponowny wniosek o świadczenia. Jeśli w chwili obecnej wnioskodawca nie spełnia kryteriów kwalifikacyjnych, a w późniejszym okresie jego dochód na gospodarstwo domowe obniży się, zwiększy się liczba osób w gospodarstwie domowym lub straci pracę, może złożyć nowy wniosek.

Wszystkie pytania należy kierować do Cindy Kile pod numer 847-520-2706.

Z poważaniem,

*Micheal DeBartolo*

Micheal DeBartolo  
Zastępca kuratora ds. finansowych i operacyjnych/CSBO

**Dotyczy szkół CEP – Field, Frost, Holmes, Kilmer, London, Tarkington, Twain i Whitman****Część 1.** Poniżej wpisać imiona i nazwiska **WSZYSTKICH** członków gospodarstwa domowego:

| IMIĘ | NAZWISKO | NAZWA SZKOŁY/KLASA<br>(dotyczy tylko uczniów) | NUMER TANF/SNAP<br>10-13 cyfr<br>XX-XXX-XX-XXX(XXX) |
|------|----------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|      |          |                                               |                                                     |
|      |          |                                               |                                                     |
|      |          |                                               |                                                     |
|      |          |                                               |                                                     |
|      |          |                                               |                                                     |
|      |          |                                               |                                                     |
|      |          |                                               |                                                     |

W razie konieczności dodania kolejnych członków gospodarstwa domowego, należy wpisać ich na oddzielnej kartce.

**Część 2.** Bezdomny, migrant, uchodźca lub dziecko przybrane: ☐ Bezdomny ☐ Migrant ☐ Uchodźca ☐ Przybrane dziecko**Część 3.** Całkowity dochód brutto na gospodarstwo domowe (przed potrąceniami). Należy podać w jakiej wysokości i jak często.

| IMIONA I NAZWISKA<br>(WYMIENIĆ WSZYSTKICH<br>CZŁONKÓW<br>GOSPODARSTWA<br>DOMOWEGO<br>UZYSKUJĄCYCH DOCHÓD) | Dochód brutto i jak często jest otrzymywany<br>Przykład: \$100/miesięcznie; \$100/dwa razy w miesiącu; \$100/co drugi tydzień; \$100/tygodniowo |             |                                                        |             |                                          |             |                                                                                                     |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                                                           | Zarobki z pracy<br>(przed potrąceniami)                                                                                                         |             | Zasiłek społeczny,<br>zapomoga na<br>dziecko, alimenty |             | Emerytura,<br>ubezpieczenie<br>społeczne |             | Odszkodowanie<br>pracownicze, zasiłek dla<br>bezrobotnych, itd.<br>(wszystkie pozostałe<br>dochody) |             |
|                                                                                                           | Kwota w \$                                                                                                                                      | Jak często? | Kwota w \$                                             | Jak często? | Kwota w \$                               | Jak często? | Kwota w \$                                                                                          | Jak często? |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                 |             |                                                        |             |                                          |             |                                                                                                     |             |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                 |             |                                                        |             |                                          |             |                                                                                                     |             |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                 |             |                                                        |             |                                          |             |                                                                                                     |             |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                 |             |                                                        |             |                                          |             |                                                                                                     |             |

**Część 4. Podpis**

|       |                                                                                |                                                |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| _____ | _____                                                                          | _____                                          |
| Data  | Imię i nazwisko (drukowanymi literami) dorosłego członka gospodarstwa domowego | Podpis dorosłego członka gospodarstwa domowego |

**Część 5. Informacje kontaktowe**

|                  |                |                                                 |
|------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| _____            | _____          | _____                                           |
| Telefon do pracy | Telefon domowy | Adres (numer, ulica, miejscowość, kod pocztowy) |

**Oświadczenie o ochronie prywatności:** Na żądanie Rady ds. edukacji w stanie Illinois szkoły gromadzą informacje za pośrednictwem tego formularza, aby ułatwić zgłaszanie uczniów kwalifikujących się do stanowych i federalnych programów świadczeń. Przekazanie tych informacji nie jest obowiązkowe, jednak w przypadku niepodania danych nie ma możliwości określenia, czy dziecko jest uprawnione do dodatkowych świadczeń w ramach programów stanowych i federalnych. Przekazane informacje będą traktowane jako prywatne i poufne w zakresie wymaganym prawem. Informacje o statusie społeczno-ekonomicznym będą jednak udostępniane różnym programom stanowym i federalnym, aby pomóc im ocenić, finansować lub określić świadczenia w ramach ich programów; audytorom do kontroli programów oraz organom egzekucyjnym, aby pomóc im w sprawdzaniu naruszeń zasad programu.

**Oświadczenie o niedyskryminacji:** Zgodnie z prawem federalnym i polityką Amerykański Departament Edukacji, instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wiek lub niepełnosprawność. Skargi dotyczące dyskryminacji można składać pisząc na adres U.S. Department of Education, Office for Civil Rights, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323 lub dzwoniąc pod numer (215) 656-8541 (głosowo). Osoby niedosłyszące lub z zaburzeniami mówienia mogą kontaktować się z U.S. DOE za pośrednictwem usługi Federal Relay Service dzwoniąc pod numer (800) 877-8339; lub (800) 845-6136 (hiszpański). Amerykański Departament Edukacji jest świadczeniodawcą i pracodawcą zapewniającym równe szanse.

**WYPEŁNIA SZKOŁA - NIE WYPEŁNIAĆ TEJ CZĘŚCI [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: \_\_\_\_\_