



# 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

---

Июль 2023 г.

Уважаемый родитель/опекун!

CCSD 21 предлагает семьям, имеющим на это право, помощь с оплатой школьных сборов, включая, помимо прочего, сборы на учебники, учебные материалы, экскурсии и школьные проекты. CCSD 21 освободит от уплаты школьных сборов учащихся, чей семейный доход соответствует требованиям, установленным в «Квалификационном руководстве» (Eligibility Guidelines) USDA.

Чтобы принять участие в программе, родитель или законный опекун школьника(ов) должен заполнить заявление на освобождение от сборов (Fee Waiver) и **предоставить подтверждение дохода**. Подтверждением дохода должен служить **один** из следующих документов:

- налоговая декларация за прошлый год;
- сертификационное удостоверение (Certification Notice) программы SNAP или TANF с указанием дат сертификации;
- документация, подтверждающая, что ребенок находится на патронатном воспитании;
- недавние квитанции о начислении заработной платы за один месяц с указанием суммы и периодичности получения зарплаты или письмо от работодателя с указанием размера зарплаты до удержания налогов и периодичности ее выплаты;
- письмо о пенсионном пособии по социальному обеспечению (Social Security), выписки о полученных пособиях или письмо о назначении пенсии;
- уведомление о праве на получение пособия от службы обеспечения занятости штата, корешок чека или письмо из офиса компенсации за производственные травмы (Workers' Compensation);
- постановление суда, соглашение или копии чеков, полученных в качестве алиментов на ребенка или на содержание бывшего супруга;
- если у вас нет дохода, нужно предоставить короткую записку, поясняющую, как вы обеспечиваете свою семью едой, одеждой и жильем и когда ожидаете получения дохода.

**Обратите внимание:** нужно ответить на все вопросы заявления и предоставить

подтверждение дохода, иначе ваше заявление будет отклонено. На обработку заявления может уйти до 10 рабочих дней.

**ПОЖАЛУЙСТА, НЕ ПЛАТИТЕ СБОРЫ, ЕСЛИ ВЫ ЗАПОЛНЯЕТЕ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ.**

На ваш домашний адрес будет отправлено письмо с информацией о том, будете ли вы освобождены от уплаты сборов или нет. Если в удовлетворении заявления будет отказано, родитель или законный опекун школьника должен будет уплатить школьные сборы. Школьные сборы взимаются два раза в год, в июле и в феврале.

Если вы не согласитесь с решением округа, его можно будет обсудить с администратором школы по квалификационным вопросам Cindy Kile (Синди Кайл) по номеру 847-520-2706. Если вы захотите далее добиваться пересмотра решения, можно подать апелляцию на решение по телефону или письмом:

Michael Zagar  
Director of Business Services/CSBO  
959 West Dundee Road  
Wheeling, IL 60090  
847-520-2773

Вы можете повторно подать заявление на получение льгот в любое время на протяжении учебного года. Если сейчас вы не можете претендовать на льготы, но в будущем ваш семейный доход понизится, увеличится размер семьи или вы потеряете работу, то в этот момент вы можете подать новое заявление.

Просим обращаться с вопросами к Cindy Kile по номеру 847-520-2706.

С уважением,

*Michael Zagar*

Michael Zagar  
Директор по коммерческим услугам/CSBO



**Заявление об освобождении от оплаты школьных сборов на 2023-2024 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<br>(только для учащихся) | НОМЕР TANF/SNAP |
|-----|---------|--------------------------------------|-----------------|
|     |         |                                      |                 |
|     |         |                                      |                 |
|     |         |                                      |                 |
|     |         |                                      |                 |
|     |         |                                      |                 |

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<br>(УКАЖИТЕ ВСЕХ ЧЛЕНОВ<br>СЕМЬИ, ПОЛУЧАЮЩИХ<br>ДОХОД) | Валовой доход и частота поступлений<br>Пример: \$100 / месяц; \$100 два раза в месяц; \$100 каждые две недели; \$100 /неделю |            |   |            |  |            |   |            |
|--|--|------------|---|------------|--|------------|---|------------|
|  | Поступления от работы<br>(до вычетов)  |            | Материальная<br>помощь, пособие на<br>ребенка, алименты |            | Пенсии, пособие по<br>социальному<br>обеспечению |            | Компенсация<br>работникам, пособие<br>по безработице и т.п.<br>(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: \_\_\_\_\_