



Community Consolidated School District 21

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

Dr. Michael Connolly, Superintendent

Board of Education

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

2025-2026

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, u których dochody w gospodarstwie domowym mieszczą się w granicy wytycznych USDA dotyczących kwalifikowalności.

Aby wziąć udział w programie, rodzic lub opiekun prawny ucznia(-ów) musi wypełnić wniosek o zwolnienie z opłat i **dostarczyć zaświadczenie o dochodach**. Jako zaświadczenie o dochodach należy przedstawić **jeden** z następujących dokumentów:

- Zeznanie podatkowe za poprzedni rok
- Zawiadomienie o przyznaniu SNAP lub TANF, które zawiera datę przyznania świadczeń
- Dokumentacja potwierdzająca, że dziecko jest przybranym dzieckiem
- Ostatnie odcinki wypłaty za jeden miesiąc, które pokazują kwotę i częstotliwość wypłat; lub pismo od pracodawcy z informacjami o wynagrodzeniu brutto i częstotliwości otrzymywania wynagrodzenia
- Pismo o świadczeniach emerytalnych z ubezpieczenia społecznego, zaświadczenia o otrzymywanych świadczeniach lub zawiadomienie o przyznaniu emerytury
- Zawiadomienie o kwalifikowalności od stanowego urzędu ds. bezpieczeństwa zatrudnienia, odcinek czeku lub pismo od funduszu odszkodowań pracowniczych
- Wyrok sądowy, umowa lub kopie czeków otrzymanych jako zapomoga na dziecko lub alimenty
- Osoby, które nie uzyskują dochodu będą musiały dostarczyć krótką notatkę wyjaśniającą, w jaki sposób zapewniają rodzinie pożywienie, ubrania i mieszkanie i kiedy spodziewają się jakiegoś dochodu.

Uwaga! Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania zawarte we wniosku i dostarczyć zaświadczenie o dochodach, w przeciwnym razie wniosek zostanie odrzucony. 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 zwolnienie 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 mogą to zrobić dzwoniąc lub pisząc do:

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

W dowolnej chwili w ciągu roku szkolnego można również 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,

Michael Zagar

Michael Zagar
Dyrektor ds. usług biznesowych/CSBO

Część 1. Poniżej wpisać imiona i nazwiska **WSZYSTKICH** członków gospodarstwa domowego:

IMIĘ	NAZWISKO	NAZWA SZKOŁY/KLASA (dotyczy tylko uczniów)	NUMER TANF/SNAP

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