



Sede Amministrativa -1407 Claremont Ave. -Ashland, Ohio 44805 -419 289 1117 -Fax 419 289 9534

**2018-2019 DOMANDA DI ASSISTENZA pasto per ASHLAND HIGH SCHOOL SOLO**

Parte 1. tutta la famiglia SOCI (elenco dei membri aggiuntivi indietro se necessario) In primo luogo, iniziale Medio,

Ultima Nome scuola (se Studente) Grado (Se Studente) Income-Y / N

Blank lines for entering family member information.

**Parte 2. VANTAGGI**

Se un membro della vostra famiglia riceve Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, formalmente Food Stamps) o Ohio Opere primi benefici (OWF), completo qui sotto e passare alla parte 4. La prova sotto forma di una lettera datata di certificazione o comunicazione di ammissibilità SNAP o benefici OWF deve accompagnare applicazione.

Se nessuno nella famiglia riceve questi vantaggi, passare alla parte 3.

NOME: \_\_\_\_\_ 7 o 10 DIGIT NUMERO DEL CASO: \_\_\_\_\_

Parte 3. familiare totale LORDO (prima della deduzione). Elencare tutti i redditi delle famiglie sulla stessa linea come la persona che lo riceve. /IMPORTANTE:! La prova di ogni reddito elencati (non prima di 30 giorni prima della data di seguito firmato) devono accompagnare domanda datata. Fornire una copia, se possibile, in quanto non sarà restituito.

Table with columns for Denominazione, Reddito Lordo (Weekly, Every 2 Weeks, Twice Monthly, Monthly), Welfare, Pensione, Sicurezza, and Tutti gli altri redditi. Includes an example row for 'corsia \$ initl'.

Parte 4. RINUNCIA DI SCUOLA DI ISTRUZIONI TASSE-ASHLAND HIGH SCHOOL SOLO: Se il vostro studente (s) AHS si qualifica per i pasti gratuiti, ma anche beneficiare di una rinuncia di tasse scolastiche di istruzione Dobbiamo avere il permesso di condividere il proprio stato libero con i funzionari della scuola. se le tasse devono essere oggetto di rinuncia.

Oves, se il mio studente (s) AHS si qualifica per i pasti gratuiti, sono d'accordo ad avere lo stato libero condiviso con i funzionari della scuola.

**IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5) – REVERSE SIDE**

Parte 1. TUTTI I MEMBRI DELLA FAMIGLIA - CONTINUA DA ALTRO LATO SE NECESSARIO In primo luogo, iniziale,

Ultima	Scuola nome (se studente)	Grado (Se Studente)	Income-Y / N
--------	---------------------------	---------------------	--------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5)

#### / Parte 5. FIRMA E ultime quattro cifre del numero di previdenza sociale (firmato dal genitore / tutore legale)

\*\* Con la firma di questa applicazione, dichiaro che tutte le informazioni è vero e che tutto il reddito totale delle famiglie è riportato su questa applicazione. Capisco che il funzionario scuola può verificare tutte le informazioni di cui sopra, e che se viene riportato informazioni false, il mio bambino (i) perderà alcuna assistenza e ulteriori azioni legali possono essere presi.

Parent / Legale Guardiano Firma: \_\_\_\_\_

Parent / Legale Guardiano Stampato Nome: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_

Numero di telefono: \_\_\_\_\_ Ultime quattro cifre del Social Security: \_\_ \_

Data odierna: \_\_\_\_ \_

Parte 5. FQRSCHQC) [USE ONLY-PO NOTFILL OUT

(Reddito annuo Conversioni: x settimanale 52, ogni 2 settimane x 26, due volte al mese x 24, mensile x 12) Totale bilanci delle famiglie:

\$ \_\_\_\_\_ Numero in famiglia: \_\_\_\_ \_

Totale reddito pro (cerchio per favore):

settimanalmente

Ogni 2 settimane

Due volte al mese

Mensile

Un anno

Ammissibilità categoriale: Libero \_\_\_\_ ridotto \_\_\_\_ negato \_

Motivo: \_\_\_\_ Determinazione / Firma l'approvazione di ufficiale: \_\_\_\_\_ Data della

firma: \_\_\_\_\_