



行政辦公室-1407克萊蒙特大道。-Ashland, 俄亥俄州44805 -419 289 1117 -fax 419 289 9534

2018 - 2019年申請膳食援助阿什蘭HIGH SCHOOL ONLY

第1部分：所有家庭成員 (名單上回來，如果需要)首先額外的成員，中間初始，最後

學校名稱 (如果學生)

級 (如果學生)

Income-Y / N

Blank lines for entering family member information.

我第2部分優勢

如果您的家庭的任何成員接收補充營養援助計劃(SNAP, 正式食品券)或俄亥俄州的作品首次(OWF)的好處, 下面完成, 然後跳到第4部分中證明資格的證書或通知的日期的信函的形式 SNAP 或OWF收益肯定伴隨應用。

如果沒有人在家中接收到這些好處, 請跳到第3部分。

名稱: _____ 7 或 10 DIGIT 案件編號: _____

第3部分: 家庭總毛收入 (扣除前)。名單上的同一行誰收到它的人所有的家庭收入。/重要!: 每個列出的收入證明 (日期不早於以下日期簽署前30天)必須伴隨應用。提供一個副本, 如果有可能, 因為這將不退還。

Table with 10 columns: 1. Name, 2. Total income and how long received, 3. From labor before deduction, 4. Weekly, 5. Every 2 Weeks, 6. Twice Monthly, 7. Monthly, 8. Welfare, child support, etc., 9. Retirement, Social Security, etc., 10. All other income.

學校INSTRUCTIONAL的一部分4. 豁免費用, ASHLAND高中就是: 如果你的AHS學生 (S)有資格獲得免費的飯菜, 他們也有資格的學校教學費豁免, 我們必須有你分享你的學校官員自由狀態的權限。如果費用被免除。

Oves, 如果我的學生AHS (S)有資格獲得免費的飯菜, 我同意與學校官員共享空間狀態。

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5) - REVERSE SIDE

部分1.家庭所有成員 - 續來自對岸IF首先需要，中間初始，最後

學校名稱 (如果學生)

級 (如果學生)

Income-Y / N

IMPORTANT: SIGNATURE REQUIRED (PART 5)

/第五部分簽名社會安全號碼最後四位數字簽名 (由家長/法定監護人)

** 通過簽署這個應用程序，我保證所有信息真實，所有的家庭總收入。據悉這個應用程序。據我所知，學校官員可以驗證以上所有信息，並且，如果任何虛假信息報導，我的孩子 (們) 將失去任何援助，並採取進一步的法律行動可以採取。

父母/法定監護人簽名 : _____

家長/法定監護人印刷體姓名 : _____ 地址 : _____

電話號碼 : _____ 社會保障的最後四位數字 : _____ 今天的日期 : _____

Part E (FQRSCHQC) USE ONLY-PO NOTFIIL OUT

(年收入換算 : 每週X 52 , 每2週x26 , 每月兩次x24 , 每月x12) 家庭總收入 : \$

在戶數 : _____

總收入每 (請圈) :

每週 每2週 每月兩次 每月一次 一年

分類資格 : 免費 _____ 減少 _____ 拒絕 _____

原因 : _____ 確定/批准官員的簽字 : _____ 簽署日期 : _____