**ФОРМА ДЛЯ ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ НА НАВЧАННЯ**

Район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_

**ЧАСТИНА A: ІНФОРМАЦІЯ ПРО УЧНЯ** – Заповніть для кожного учня — рівні від дошкільного (Pre-K) до 12-го класу

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Прізвище учня** | **Ім'я учня** | **Клас** | **Школа** | **Вказати**  **H** якщо немає визначеного помешкання  **M** якщо мігрант  **R** якщо втікач  **F** якщо прийомний |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Якщо вам потрібні додаткові рядки, додайте другий аркуш до цього звіту або прикріпіть копію цього звіту, чітко позначену як Сторінка 2.**

**ЧАСТИНА B: ОТРИМУВАНІ** **ПІЛЬГИ**. Якщо хтось із членів вашої родини отримує пільги в межах програм Food Assistance Program (FAP), Family Independence Program (FIP) або FDPIR, зазначте ім’я та номер справи особи, яка отримує пільги. Номери Bridge Card і Medicaid НЕ ВВАЖАЮТЬСЯ ПРИЙНЯТНИМИ номерами справ.

Ім'я: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер справи: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

**ЧАСТИНА C: ЧЛЕНИ РОДИНИ**. Вкажіть загальну кількість осіб, які проживають у вашій родині, включно з усіма дорослими й дітьми 🡪 \_\_\_\_\_\_\_

**ЧАСТИНА D: ЗАГАЛЬНИЙ МІСЯЧНИЙ ДОХІД РОДИНИ**. Повідомте про доходи всіх членів родини, за винятком прийомних дітей. Якщо ви вказали номер особової справи вище, вам не потрібно заповнювати цей розділ. Переходьте до ЧАСТИНИ Е.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Тип доходу** | **Дохід** | **Обведіть, якщо немає** |
| 1. Валовий місячний заробіток: заробітна плата, утримання, комісійні | $ | Немає |
| 2. Щомісячні соціальні виплати, допомога на дитину, аліменти | $ | Немає |
| 3. Щомісячні виплати пенсій за віком чи станом здоров'я, соціального страхування | $ | Немає |
| 4. Щомісячні дивіденди або відсотки від заощаджень | $ | Немає |
| 5. Щомісячна компенсація працівникам, допомога по безробіттю, виплати через страйк | $ | Немає |
| 6. Інший місячний дохід (виплати ветеранам (SSI, VA), через інвалідність, виплати фермерам, інше) | $ | Немає |
| **Загальний місячний дохід родини** (Додайте рядки 1-6) | $ |  |

**ЧАСТИНА E: СЕРТИФІКАЦІЯ**. Голова родини або повнолітня особа, яка заповнила цю форму, має заповнити цей розділ сертифікації.

Я засвідчую (запевняю), що вся інформація в цій формі є правдивою та що всі доходи повідомлено, наскільки мені відомо. Я розумію, що ця форма може вплинути на обсяг державного або федерального фінансування, виділеного моєму місцевому шкільному округу. Я розумію, що надана мною інформація може бути перевірена.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (ім'я друкованими літерами) (дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адреса) (місто) (поштовий індекс)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адреса електронної пошти) (домашній телефон) (робочий телефон)

## **НЕ ЗАПОВНЮЙТЕ цей розділ. Він призначений лише для заповнення у школі.**

Статус: F \_\_\_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис посадовця, який проводив оцінку: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ІНСТРУКЦІЇ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ**

**ФОРМИ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ НА НАВЧАННЯ**

Ця форма використовується для визначення права на державну допомогу, на яку може претендувати школа, в якій навчається(-ються) ваша(-і) дитина (діти). Будь ласка, заповніть, підпишіть та поверніть цю форму до школи, в якій навчається ваша дитина.

# Якщо хтось із членів вашої родини отримує пільги за програмами Food assistance program (FAP), family independence program (FIP) або FDPIR, будь ласка, дотримуйтеся наступних інструкцій:

Частина A: Інформація про учня. Для кожного учня в родині, який за віком відвідує заняття в класах від дошкільного рівня (Pre-K) до 12-го класу, вкажіть прізвище, ім’я, клас, школу та H, якщо учень не має визначеного помешкання, M, якщо учень мігрант, R, якщо учень втікач, або F, якщо учень — прийомна дитина.

Частина B: Отримувані пільги: якщо хтось із членів родини, включно з дорослими, отримує допомогу в межах програми Food Assistance Program (FAP), Family Independence Program (FIP) або Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), вкажіть ім’я та номер особової справи. Номери Bridge Card і Medicaid НЕ ВВАЖАЮТЬСЯ ПРИЙНЯТНИМИ номерами справ.

Частина C: Розмір сім’ї – вкажіть загальну кількість осіб, які проживають у вашій родині. Сюди потрібно включити всіх дітей і дорослих, родичів і не родичів, які живуть в одному помешканні та мають спільні доходи та витрати.

Частина D: Загальний місячний дохід родини – пропустіть цю частину

Частина E: Сертифікація — Підпишіть форму. Вкажіть ім'я друкованими літерами та дату.

# Якщо ваша родина не отримує пільги за програмами Food Assistance Program (FAP), Family Independence Program (FIP) або FDPIR, будь ласка, дотримуйтеся наступних інструкцій:

Частина A: Інформація про учня. Для кожного учня в родині, який за віком відвідує заняття в класах від дошкільного рівня (Pre-K) до 12-го класу, вкажіть прізвище, ім’я, клас, школу та H, якщо учень не має визначеного помешкання, M, якщо учень мігрант, R, якщо учень втікач, або F, якщо учень — прийомна дитина.

Частина B: Отримувані пільги: пропустіть цю частину.

Частина C: Розмір сім’ї – вкажіть загальну кількість осіб, які проживають у вашій родині. Сюди потрібно включити всіх дітей і дорослих, родичів і не родичів, які живуть в одному помешканні та мають спільні доходи та витрати.

Частина D: Загальний місячний дохід родини – вкажіть місячний дохід усіх членів родини для кожного відповідного типу доходу. Сума має бути вказана до вирахування податків, страхових внесків, медичних витрат, аліментів тощо. Якщо у вас немає доходу, що відповідає категорії, обведіть НЕМАЄ. Додайте рядки від 1 до 6 і вкажіть загальний місячний дохід родини.

Частина E: Сертифікація — Підпишіть форму. Вкажіть своє ім’я друкованими літерами, дату та контактні дані.