



Grayslake Community High School District 127

400 N. Lake Street
Grayslake, IL 60030
P: 847.986.3400
F: 847.231.6838
www.d127.org

Estimado padre o tutor:

El Distrito 127 de escuelas secundarias de la comunidad de Grayslake exime del pago a los padres o tutores que no pueden realizar el pago con base en las políticas y procedimientos del distrito. Los cargos de sus hijos se eximirán si sus ingresos familiares cumplen con los requisitos del distrito y usted brinda prueba de elegibilidad. Además, si su hogar forma parte del programa TANF y/o ha sido aprobado para recibir costos gratuitos o reducidos para el almuerzo de su(s) hijo(s), también se reducirán o eximirán los costos de su hijo sin necesidad de completar esta solicitud.

Los costos que el distrito eximirá incluyen pero no se limitan a los costos por matrícula, costos de los cursos, cuotas por la escuela de verano y cuotas de atletismo. Los costos que no se incluyen son los de libros perdidos o dañados, anuarios, candados, suministros y equipos.

Proporcione todos los formularios para todas las personas asalariadas en su hogar:

_____ Copia de dos (2) colillas de pago actuales para todos los miembros de la familia:
OBLIGATORIO

_____ Copia del Formulario de Declaración Federal de Impuestos 1040 y W2: OBLIGATORIO

_____ Copia de cualquier ingreso adicional como por desempleo, manutención infantil/pensión,
seguro social, pensión, jubilación: OBLIGATORIO

_____ Cualquier otro ingreso en su hogar que incluye crédito fiscal por hijo, así como crédito por
el salario obtenido: OBLIGATORIO

No envíe los documentos originales si es posible. Si envía los documentos originales, estos se le enviarán de regreso solo si usted los pide.

Si tiene alguna consulta o si necesita ayuda para completar la solicitud de exención de cuotas, llame a Cindy Jensen en la oficina de servicios empresariales al 847-986-3457 o al correo cjensen@d127.org.

Atentamente,

Abe Singh, Ed.D.
Superintendente asociado para servicios empresariales

De conformidad con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura, esta institución tiene prohibido discriminar con base en raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un empleador con igualdad de oportunidades.

Solicitud de exención de cuotas

Complete una solicitud por núcleo familiar

Parte 1. Información del estudiante

Nombres del niño(os)

(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

Nombre de la escuela (GCHS o GNHS)

Grado

ID del estudiante (SOLO PARA USO DE LA ESCUELA)

Parte 2. Cupón para alimentos o Caso de TANF

Nota: El # de caso debe estar en el siguiente formato: ** _ ** _ ** _ ** _ *

(Si lo hubiera, por estudiante) Pase a la Parte 4 si enumera un cupón para alimentos o un Caso TANF #

1. NOMBRES (COLOQUE A TODOS LOS QUE COMPONEN EL NÚCLEO FAMILIAR)	2. INGRESOS BRUTOS Y LA FRECUENCIA CON LA QUE SE RECIBEN <small>Ejemplo: \$100/mes; \$100/dos veces por mes; \$100/de semana por medio; \$100/por semana</small>					3. Marque si NO HAY INGRESOS
	Ingresos a partir de los ingresos brutos del trabajo (Antes de las deducciones)	Ayuda social, manutención infantil, pensión	Pensiones, jubilación, seguro social	Compañía del trabajador, desempleo, SSI, etc. (Cualquier otro ingreso)		
A.	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
B.	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
C.	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
D.	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
E.	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Monto <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

Parte 3. Total de ingresos brutos en el hogar (antes de las deducciones) Debe decirnos cuánto

Parte 4. Firma (El Padre/Tutor debe firmar)

Un miembro del hogar que sea adulto debe firmar la solicitud. En caso de completar la parte 3 el adulto que firma el formulario también debe colocar su número de seguro social o marque la casilla que dice «yo no tengo una casilla para el número de seguro social»

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es veraz y que se han reportado todo los ingresos. La escuela tiene derecho a validar cualquier información presentada.

_____-_____-_____-_____-_____-_____-
Número de seguro social

Yo **no tengo** un número de seguro social.

Falsificación de información: Se recomienda al padre/guardián, que proporcionar información falsa para obtener exención de pagos es un delito Clase 4 bajo los estatutos de Illinois 7-20 ILCS 5/17.6. Si el monto del beneficio obtenido es superior a los \$300.00, es un delito Clase 3.

Fecha _____

Nombre en letra imprenta del miembro de la familia adulto _____

Firma del miembro de la familia adulto _____

Número telefónico de contacto (incluya el código de área) _____

Domicilio (número, calle, ciudad, código postal) _____

Dirección de correo electrónico del padre (una dirección de correo electrónico válida que podamos contactar para información adicional) _____

Si procede: Circunstancias especiales/Mi familia ha experimentado una pérdida importante de ingresos por causa de una enfermedad grave, lesión de un miembro de la familia u otro. Explique la circunstancia de la pérdida y adjunte documentos como un certificado médico, informe de accidente, etc.

Solo para uso de la escuela:

Determinación inicial

Número en el hogar _____

Total de ingresos: \$ _____ Por: Semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mes Año

Cuotas eximidas con base en: Cupón para alimentos o TANF O Ingresos del hogar

Rechazado, razón: Ingresos muy altos O Solicitud incompleta O _____

Firma del oficial determinante _____ Fecha _____ Aprobado al: 100% O 50%