

# ESCUELA SECUNDARIA DEL MUNICIPIO DE OTTAWA DISTRITO #140



211 East Main Street, Ottawa, IL 61350  
(815)433-1323 • Fax (815)433-1338  
www.ottawahigh.com

Dr. Michael Cushing, Superintendente  
Patrick Leonard, Director

Jeff DeWalt, Director Asociado  
Jessica Gass, Subdirectora  
Jon Leslie, Subdirector  
Kari Benning, Subdirectora de Enseñanza y Aprendizaje  
Sally Taliani, Directora de Necesidades Especiales  
Janet Pearson, Directora Financiera

## Formulario de exención de tarifas 2023-2024

Si tiene la certificación directa, recibe SNAP o TANF, complete el Formulario de exención de tarifas para **ACEPTAR** o **RECHAZAR** los beneficios que se describen a continuación. Si no recibe SNAP o TANF, debe completar el Formulario de exención de tarifas y la Solicitud de elegibilidad para el hogar en el reverso para solicitar beneficios gratuitos o reducidos.

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción por el  
Oficina Principal:

\_\_\_\_\_

Seleccione cómo su estudiante califica para esta exención que proporciona almuerzo gratis y tarifas de inscripción exentas:

- El estudiante califica a través del Estado de Illinois para la **Certificación Directa** a través de **los beneficios de SNAP o TANF.** Número SNAP o TANF: \_\_\_\_\_
- El **ingreso familiar** cae dentro de las Pautas federales para el almuerzo gratis o reducido. **Para esta opción, debe completar la solicitud en el reverso y proporcionar verificación de ingresos, como talones de pago que muestren ingresos brutos.**

Nombres de los estudiantes de OTHS

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

- ACEPTO la exención de tarifas para el estado gratuito o reducido para el almuerzo y las tarifas.**  
GRATIS = Almuerzo gratis además de las tarifas de inscripción exentas; exención de las tarifas de las aulas; y renunció a las tarifas de IHSA.  
REDUCIDO = El almuerzo es de \$0.40; Las tarifas de IHSA se reducen en un 50%; y las cuotas de inscripción siguen siendo de \$125 por estudiante.

o

- RECHAZO la opción de que se renuncien a estas tarifas y pagaré todas las tarifas.**

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. **Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_

For Office Use Only:  TEMP/PENDING  DC/FREE  REDUCED  DENIED  INCOMPLETE

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA**  
 Comprobar si la solicitud es propensa a errores

**1. Todos los miembros del hogar (anexe otra hoja de papel si es necesario).**

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	(solo para estudiantes) Nombre de la escuela	(solo para estudiantes) Grado	NÚMERO DE CASO DE SNAP O TANF EXCLUSIVAMENTE										Verificar si se trata de un/a niño/a de acogida *					
			Pase a la Parte 4 si indica un número de caso de SNAP o TANF. Debe proporcionar al menos un SNAP/TANF a continuación. Si recibe Medicaid y no fue certificado directamente para obtener comidas gratis, DEBE presentar su solicitud basándose en el tamaño y los ingresos de su familia.															

\* Un/a niño/a de acogida es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar o un tribunal.

**2. Sin hogar, migrante, fugitivo o Head Start (categóricamente elegible)**

Sin hogar  Migrante  Fugado  Head Start

Firma del enlace con personas sin hogar, coordinador de migrantes o director de Head Start de su escuela \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**3. Ingreso bruto total del hogar (antes de deducciones) Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.**

A. (INCLUYA TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIÓ (Ejemplo: \$100/mes, \$100/dos veces al mes, \$100/quincena, \$100/semana)							
	B. Ingresos del trabajo (Antes de deducciones)		C. Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia		D. Pensiones, jubilación, seguridad social		E. Indemnización por accidente de trabajo, desempleo, SSI, etc. (Todos los demás ingresos)	
	Monto	¿Con qué frecuencia?	Monto	¿Con qué frecuencia?	Monto	¿Con qué frecuencia?	Monto	¿Con qué frecuencia?
i.	\$						\$	
ii.	\$						\$	
iii.	\$						\$	
iv.	\$						\$	
v.	\$						\$	

**4. Firma y Número del Seguro Social (un adulto debe firmar)**

Un adulto miembro del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 3, el adulto que firme el formulario también debe indicar los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número del Seguro Social".

  X  X  X  -  X  X   - \_\_\_\_\_  
Número del seguro social

No tengo un Número del Seguro Social.

*Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (constatar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder beneficios de comida y yo puedo ser procesado.*

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_

Firma del miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_

**5. Información de contacto (Opcional)**

Número de teléfono laboral (Incluir código de área) \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular (Incluir código de área) \_\_\_\_\_

Domicilio (número, calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

**6. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)**

Marque una identidad étnica:

- Hispano/Latino
- No es hispano / latino

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático
- Negro o afroamericano
- Blanco
- Indígena americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

**- LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA -**

**DETERMINACIÓN INICIAL**

INGRESO TOTAL \$ \_\_\_\_\_ Por:  Semana  Quincena  Dos veces al mes  mes  Año MIEMBROS DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_ CAMBIO EN LA SITUACIÓN: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Las LEA sólo deben actualizar los ingresos cuando se declaren ingresos múltiples, con frecuencias variables.

Conversión de ingresos anuales Semanal X 52 Quincenal X 26 Dos veces al mes X 24 Mensual X 12

**Gratis por:**

- sin hogar
- migrante
- fugado
- Head Start

- SNAP o TANF
- niño/a de acogida
- Ingresos del hogar

**Reducido por:**

- Ingresos del hogar

**Rechazada--razón:**

- ingreso demasiado alto
- solicitud incompleta
- SNAP/TANF que no cumple los requisitos

Fecha del retiro: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario que toma la decisión \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD: COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR POR DISTRITO ESCOLAR

### SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros de la familia, la escuela y el grado de cada estudiante, y un número de caso SNAP o TANF para todos los miembros del hogar, incluidos los adultos, que reciban tales beneficios. (Anexe otra hoja de papel si es necesario).

**Parte 2:** Omíta esta parte.

**Parte 3:** Omíta esta parte.

**Parte 4:** Firme el formulario. (No son necesarios los últimos cuatro dígitos de un Número del Seguro Social).

**Partes 5 y 6:** Información de contacto e identidades raciales y étnicas de los niños: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

### SI NINGUNA PERSONA DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, Y SI ALGÚN NIÑO DE SU FAMILIA NO TIENE HOGAR, ES UN MIGRANTE O FUGADO O ESTÁ EN EL PROGRAMA HEAD START/EVEN START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros de la familia y el nombre de la escuela de cada niño.

**Parte 2:** Si algún menor para el que está presentando una solicitud no tiene hogar, es migrante o se ha fugado de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

**Parte 3:** Complete únicamente si un menor en su hogar no cumple los requisitos conforme a la Parte 2. Vea las instrucciones para Todos los demás hogares.

**Parte 4:** Firme el formulario. Solo si completó la parte 3, incluya los últimos cuatro dígitos de un Número del Seguro Social (o marque la casilla si no tiene uno).

**Partes 5 y 6:** Información de contacto e identidades raciales y étnicas de los niños: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

### SI ESTÁ PRESENTANDO ESTA SOLICITUD PARA UNA NIÑO/A DE ACOGIDA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

Si **todos** los menores en su hogar son niños de acogida sobre los cuales una agencia de acogida o un tribunal tiene responsabilidad legal:

**Parte 1:** Haga una lista de todos los niños de acogida y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla "Niño/a de acogida" para cada niño/a de acogida.

**Parte 2:** Omíta esta parte.

**Parte 3:** Omíta esta parte.

**Parte 4:** Firme el formulario. No son necesarios los últimos cuatro dígitos de un Número del Seguro Social.

**Partes 5 y 6:** Información de contacto e identidades raciales y étnicas de los niños: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

Si **algunos** de los menores en su hogar son niños de acogida sobre los cuales una agencia de acogida o un tribunal tiene responsabilidad legal:

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros de la familia y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla "Niño/a de acogida" para cada niño/a de acogida.

**Parte 2:** Si algún menor para el que está presentando una solicitud no tiene hogar, es migrante o se ha fugado de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

**Parte 3:** Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales del hogar de este mes o el mes pasado.

- **Cuadro 1 - Nombre:** Haga una lista de todos los miembros del hogar que reciban un ingreso.
- **Cuadro 2 - Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro de la familia, indique cada tipo de ingreso recibido en el mes. Usted debe decirnos con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes o mensualmente. Al detallar los ingresos, asegúrese de indicar los ingresos brutos, no el salario neto. El ingreso bruto es el monto ganado antes de los impuestos y otras deducciones. Usted puede encontrarlo en su talón de pago, o su jefe puede decirselo. Para otros ingresos, indique la cantidad que cada persona recibió en el mes en concepto de asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), Beneficios de Veteranos (beneficios VA) y beneficios por discapacidad. En el ítem "Todos los demás ingresos", indique los beneficios en concepto de indemnización por accidente de trabajo, desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos provenientes de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos para hogares de acogida recibidos por la familia de parte de la agencia de adopción. ÚNICAMENTE si usted es un trabajador por cuenta propia, en el ítem Ingresos del trabajo debe informar los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si participa en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingreso.

**Parte 4:** Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social (o marcar el casillero si no tiene uno).

**Partes 5 y 6:** Información de contacto e identidades raciales y étnicas de los niños: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

### TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUIDOS LOS HOGARES QUE RECIBEN MEDICAID Y WIC, DEBEN SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros de la familia y el nombre de la escuela de cada niño.

**Parte 2:** Si algún menor para el que está presentando una solicitud no tiene hogar, es migrante o se ha fugado de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

**Parte 3:** Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales del hogar de este mes o el mes pasado.

- **Cuadro 1-Nombre:** Haga una lista de todos los miembros del hogar que reciban un ingreso.
- **Cuadro 2 - Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro de la familia, indique cada tipo de ingreso recibido en el mes. Usted debe decirnos con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes o mensualmente. Al detallar los ingresos, asegúrese de indicar los ingresos brutos, no el salario neto. El ingreso bruto es el monto ganado antes de los impuestos y otras deducciones. Usted puede encontrarlo en su talón de pago, o su jefe puede decirselo. Para otros ingresos, indique la cantidad que cada persona recibió en el mes en concepto de asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), Beneficios de Veteranos (beneficios VA) y beneficios por discapacidad. En el ítem "Todos los demás ingresos", indique los beneficios en concepto de indemnización por accidente de trabajo, desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos provenientes de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos para hogares de acogida recibidos por la familia de parte de la agencia de adopción. ÚNICAMENTE si usted es un trabajador por cuenta propia, en el ítem Ingresos del trabajo debe informar los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. No incluya Ingresos provenientes de SNAP, FDPIR, WIC o beneficios educativos federales. Si participa en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingreso.

**Parte 4:** Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario e indicar los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social (o marcar el casillero si no tiene uno).

**Partes 5 y 6:** Información de contacto e identidades raciales y étnicas de los niños: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

#### 1. correo:

U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; or

#### 2. fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

#### 3. correo electrónico:

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)