

Our Vision

Nuestra visión Excelencia en la educación, la comunidad y la autodeterminación para el éxito en las oportunidades del mañana



One team...all in.
We are 114.

Our Mission

Nuestra Misión Maximizar y fomentar el aprendizaje y el crecimiento de todos a través de la mejora continua

FOX LAKE GRADE SCHOOL DISTRICT 114

2024-2025 SOLICITUD DE EXENCIÓN DE CUOTAS

Complete la información a continuación y en el reverso de esta solicitud para solicitar una exención de tarifas para el año escolar 2024-2025. DEBE completar este formulario en su totalidad para aplicar.

<i>Nombre de estudiante</i>	<i>escuela</i>	<i>Grado</i>
<i>Nombre de estudiante</i>	<i>escuela</i>	<i>Grado</i>
<i>Nombre de estudiante</i>	<i>escuela</i>	<i>Grado</i>
<i>Nombre de estudiante</i>	<i>escuela</i>	<i>Grado</i>

Yo, el padre/tutor de los estudiantes mencionados anteriormente que suscribe, por la presente solicito que la Junta de Educación del Distrito Escolar 114 de Fox Lake renuncie a la tarifa de inscripción.

Además, declaro, en apoyo de esta solicitud de exención, que la siguiente declaración es verdadera y precisa.

_____ La familia del estudiante arriba mencionado actualmente recibe ayuda bajo el Artículo IV del Código de Ayuda Pública de Illinois (AFDC – Ayuda a Familias con Niños Dependientes)

_____ El(los) estudiante(s) arriba mencionado(s) es(n) elegible(s) actualmente para almuerzo gratis/reducido en base a las pautas federales de ingresos

_____ Otras circunstancias atenuantes (describa a continuación en detalle)

INFORMACION DE INGRESOS

1. Enumere los nombres de todas las personas que viven en su hogar, incluidos los niños enumerados anteriormente. Si necesita más espacio, adjunte una página aparte.
2. Para cada persona que recibe ingresos, escriba la cantidad de ingresos por mes (antes de cualquier deducción) después de su nombre. Ponga la cantidad de ingresos bajo el grupo al que pertenece: ingresos, bienestar, pensión u otros.
3. **Se debe tener comprobante de ingresos a la solicitud: 2 talones de cheques.**

LOS MIEMBROS DEL HOGAR	INGRESOS LABORALES	BIENESTAR, PENSIÓN ALIMENTICIA, AFDC, MANUTENCIÓN DE NIÑOS	PENSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL, JUBILACIÓN	OTROS INGRESOS MENSUALES

Doy fe de que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas.

Firma

Fecha

Por favor escriba abajo:

nombre escrito

Numero de telefono

Dirección

Estado de la Ciudad

código postal

FOR DISTRICT US ONLY – DO NOT WRITE BELOW

Eligibility Determination:

Approved

Denied

Reason for Denial:

Income

Incomplete Application

Other

Signature of Determining Official

Date