



McHenry Elementary School District 15

1011 N. Green Street, McHenry, Illinois 60050

www.d15.org

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE CUOTA ATLETICA

Para ser presentado en la oficina del Director

Nombre del estudiante(s)

Escuela

Grado

Yo, el padre/guardián del estudiante(s) antes mencionado(s), solicito a la Board of Education of McHenry Community Consolidated School District 15 subsidie la cuota del programa atlético.

A continuación declaro, en apoyo de esta solicitud de subsidio, que la declaración siguiente es verdad y sin errores.

(Por favor, marque al menos una):

- La familia del susodicho estudiante(s) está actualmente recibiendo ayuda en virtud de artículo IV del código de ayudas públicas de Illinois. (AFDC - Aid to Families with Dependent Children)
- El susodicho estudiante(s) es elegible para recibir el almuerzo gratis o a precio reducido en virtud de 105 ILCS 125/1 et seq. [Ill. Rev. Stat., ch. 122, 712.1 et seq.];
- Si bien ninguna de las dos declaraciones son ciertas, hay otras razones por las cuales no soy capaz de pagar la cuota atlética solicitada a los estudiantes mencionados, que son (describir en detalle):

POR FAVOR TOME EN CUENTA:

Usted debe completar este formulario en su totalidad para solicitar el subsidio de la cuota atlética. Usted NO recibirá automáticamente un subsidio porque ha aplicado para el almuerzo gratis o precio reducido.

(Volver la página)

INFORMACION DE INGRESOS NECESARIOS

Para ser presentado en la oficina del Director

1. Lista con los nombres de **todos** los que viven en su hogar, incluidos los niños mencionados anteriormente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada.
2. De cada persona que recibe ingresos, escribir la cantidad de ese ingreso bruto por mes después del nombre. Ponga la cantidad de ingresos bajo el grupo al que pertenece: ingresos, bienestar, pensión, u otro. **Los ingresos son todo el dinero recibido antes de impuestos o antes de cualquier pago o descuento.**

Miembros del hogar	Los ingresos de trabajo antes de las deducciones (por mes)	Bienestar, pensión alimenticia, AFDC, apoyo a la infancia (por mes)	Pensiones, seguro social, pago de jubilación (por mes)	Otros Ingresos (por mes)
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____	_____

He examinado la política del Distrito y estoy consciente de que suministrar información falsa para obtener este subsidio de cuota atlética es un delito de clase 4. (720 ILCS 5/17-6 [Ill. Rev.Stat., ch. 38, 17-6])
 Certifico que las declaraciones hechas aquí son verdad y sin errores.

Firma _____

Nombre impreso _____

Dirección _____

Ciudad/Código postal _____

Fecha _____

PARA USO DEL DISTRITO SOLO- No escribir en el espacio de abajo
Eligibility Determination:

____ Approved

____ Reduced

____ Denied

Reason for Denial:

____ Income too High

____ Incomplete Application

____ Other

Date: _____

 Firma del funcionario determinante