



**SOLICITUD
DE EXENCIÓN
GRATUITA**

FEE WAIVER

FECHA: _____

Nombre del Padre/Tutor _____	Teléfono del Hogar _____
Relación _____	Teléfono laboral _____
Domicilio _____	Escuela (Marque Una)
_____	BGHS EGHS FVAS JHHS
_____	PHS RMHS VAN WHS
Nombre del Estudiante _____	Nº de Doc. _____ Año Escolar 9 10 11 12
Nombre del Estudiante _____	Nº de Doc. _____ Año Escolar 9 10 11 12
Nombre del Estudiante _____	Nº de Doc. _____ Año Escolar 9 10 11 12

Yo, el padre/tutor del estudiante(s) mencionado previamente, por la presente solicito que la Junta de Educación del Distrito 214 exceptúe el costo(s) escolar, de acuerdo con IL Rev Stat. 105 ILCS 5/10-20.13, Ch. 122, par. 10-20.13. Además declaro en apoyo a esta solicitud de exención de pago que lo siguiente es verdadero y preciso. Debe de presentar los ingresos del hogar incluyendo: Pensión de alimentos, ayuda financiera y manutención de hijos. Por favor presente los siguientes formularios de todas las personas con ingresos en su hogar.

- Copia de Formulario(s) de Impuestos al Ingreso 1040 y W-2-REQUERIDOS**
 Copia de Talón(es) de Pago Actual de todos los miembros familiares-REQUERIDO

Los siguientes formularios también pueden ser considerados en su caso. Adjunte copias de las formas apropiadas.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verificación de Aptitud para Medicaid | <input type="checkbox"/> Verificación de la Situación de "Niño Adoptivo" |
| <input type="checkbox"/> Comprobante de Desempleo | <input type="checkbox"/> Comprobante en Caso de Haber Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Prueba de Ingresos Adicionales | |

Número de miembros en el hogar debe ser igual número de miembros que figuran en el Formulario 1040 o equivalente

Nombres	Incluya a todas las personas que vivan en su hogar	Relación	Edad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Circunstancias Especiales: Mi familia experimentó una pérdida de ingresos importante debido a enfermedad grave, lesión de un miembro de la familia u otra causa. Explique la circunstancia o pérdida adjuntando la documentación, tal como notas del médico, informe del accidente, etc. _____

Entiendo que el Capítulo 28 del Estatuto de Ingresos de Illinois, párrafo 17-6, indica que suministrar información falsa para obtener una exención gratuita es un delito grave de Clase 4. Si la cuantía del beneficio obtenido es más de \$ 300, que es un delito de Clase 3.

Si solicito la opción de pago diferido, estoy de acuerdo en pagar \$100 el día de la inscripción con el saldo a pagar en 3 cuotas iguales pagadero en 10/1, 11/1 y 12/1. Yo entiendo que el no pagar las cuotas como se especifica puede resultar en la inhabilidad del estudiante en obtener transcripciones oficiales y/o restricciones en la participación en privilegios de la escuela incluyendo, pero no limitado, a la asistencia de bailes escolares, estacionamiento de carro en la escuela, y viajes que no son parte del currículo.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA -- FOR SCHOOL USE ONLY

Application Completed Date _____ **Gross Income Total** _____

Prior Years Unpaid Fee Amounts _____

Approval Yes No **Reason** _____

Deferred Payment Plan Yes No

School Official's Signature _____ **ID #** _____ **Date** _____