



Township High School District 214
WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z OPŁAT 2025/2026

Proszę zwrócić ten formularz na adres: Township High School District 214, Attn: Fee Waiver, 2121 S. Goebbert Rd., Arlington Heights, IL 60005

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna		Telefon domowy	
Pokrewieństwo ze studentem		Telefon do pracy	
Adres domowy		Wybierz szkołę:	☐ BGHS ☐ EGHS ☐ PHS ☐ JHHS
Miasto/Stan/Kod pocztowy:			☐ RMHS ☐ WHS ☐ TAFV ☐ VAN
Imię i nazwisko ucznia		ID # ucznia	Rok nauki: ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12
Imię i nazwisko ucznia		ID # ucznia	Rok nauki: ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12
Imię i nazwisko ucznia		ID # ucznia	Rok nauki: ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

Ja, jako rodzic/opiekun powyżej wymienionego(-ych) ucznia(-ów), niniejszym wnioskuję, aby Rada Edukacyjna Dystryktu 214 zwolniła z opłat szkolnych zgodnie z IL Rev. Stat. 105 ILCS 5/10-20.13 z rozdz. 122, par. 10-20.13. Oświadczam, że poniższe informacje są prawdziwe i dokładne. Należy uwzględnić dochody z alimentów, pomocy finansowej oraz świadczeń na dzieci, jeśli dotyczy. Proszę dołączyć poniższe dokumenty dla wszystkich osób pracujących w gospodarstwie domowym.

WYMAGANE DOKUMENTY: Proszę załączyć wszelkie dane osobowe, takie jak numery ubezpieczenia społecznego, numery kont i routingu.

- ☐ Kopia aktualnych odcinków wypłaty wszystkich członków rodziny
- ☐ Kopia zeznań podatkowych (formularz 1040) i formularzy W-2

Poniższe dokumenty mogą być również brane pod uwagę, jeśli mają zastosowanie. Proszę dołączyć kopie odpowiednich dokumentów:

- ☐ Potwierdzenie kwalifikacji do Medicaid (najbardziej aktualny list decyzyjny)
- ☐ Potwierdzenie statusu dziecka w rodzinie zastępczej
- ☐ Potwierdzenie bezrobocia
- ☐ Potwierdzenie niepełnosprawności
- ☐ Inne źródła dochodu
- ☐ Potwierdzenie bycia weteranem lub czynnym wojskowym

Liczba członków gospodarstwa domowego musi być zgodna z liczbą wykazaną w formularzu 1040 lub równoważnym. **Wypisz wszystkich członków gospodarstwa domowego:**

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Wiek
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Szczególne okoliczności: Moja rodzina doświadczyła znacznej utraty dochodów z powodu poważnej choroby, urazu członka rodziny lub innych okoliczności. Proszę opisać sytuację i załączyć dokumentację, np. zaświadczenia lekarskie, raporty z wypadku itp.

Rodzice/opiekunowie są informowani, że podanie fałszywych informacji w celu uzyskania zwolnienia z opłat jest przestępstwem klasy 4 zgodnie z ustawą ILCS 5/17.6. Jeśli uzyskana korzyść przekracza \$300, jest to przestępstwo klasy 3.

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data: _____

TYLKO DO UŻYTKU SZKOLNEGO

Application Completed Date _____ Gross Income Total _____
Prior Years Unpaid Fee Amounts _____
Approval ☐ Yes ☐ No Reason _____
School Official's Signature _____ ID # _____ Date _____