Solicitud de Exoneracion de Cuotas

Grados 7-12

- **¡Lea el Aviso de Cuotas Escolares (grados 7-12) antes de completar esta solicitud!**
- **Si una escuela verifica que un estudiante es elegible para la exención de cuotas, todas las cuotas para dicho estudiante deben ser exoneradas.**
- **Toda la información en esta solicitud se mantendrá confidencial.**

Información del Estudiante:

Nombre del estudiante:_____ No. del estudiante: _____

Dirección:_____

Escuela:_____ Grado:_____

Nombre del padre/madre o guardián:_____ No. de teléfono: _____

Base Para la Exención de Cuotas:

Sírvase marcar el criterio de elegibilidad aplicable: (sólo necesita 1)		**Verificación que debe presentar:** *
☐	1. La familia recibe TANF/FEP/SNAP (o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o Programa de Empleo Familiar) (Asistencia Financiera o Estampillas para Comida) (Supplemental Nutrition Assistance Program)	• Verificación de beneficios del Department of Workforce Services de Utah para el período durante el cual se solicita la exención de cuotas, que puede ser en forma de una captura de pantalla electrónica de la determinación de elegibilidad o condición.
☐	2. El estudiante recibe Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, NIÑO CALIFICADO CON DISCAPACIDADES)	• Documentos de verificación de beneficios de la Administración del Seguro Social.
☐	3. El estudiante califica según la Ley McKinney-Vento.	• Es estudiante es verificado por el enlace de la ley McKinney-Vento con las escuelas del distrito o chárteres.
☐	4. El estudiante está en cuidados del estado (bajo supervisión del estado de Utah o de una jurisdicción local)	• El/la joven bajo cuidado debe presentar un formulario de admisión y carta de inscripción escolar, proporcionada por un trabajador social de la División de Servicios para Niños y Familias de Utah o el Departamento de Justicia Juvenil de Utah.
☐	5. El estudiante está en custodia del estado	
☐	6. El estudiante es eligible en base verificación de su ingreso familiar/hogar. Total de miembros del hogar: _____ Ingresos totales del hogar: $_____	• Verificación de ingresos familiares en forma de declaraciones de ingresos, recibos de pago o declaraciones de impuestos. (Ver página 2.)

* Tenga en cuenta: la escuela requerirá que proporcione una verificación de elegibilidad. Adjunte su documentación de verificación a este formulario cuando entregue esta solicitud a su escuela. La única excepción es ser elegible según la ley McKinney-Vento.

Si no son aplicables ninguno de los criterios anteriores, pero desea solicitar una exención de cuotas debido a otras circunstancias atenuantes, indique los motivos de su solicitud: _____

_____

_____

(Sírvase adjuntar una página adicional si es necesario.)

Una vez completada, entregue esta solicitud al Director de la escuela o al Administrador de Cuotas Escolares. Todos los pagos de cuotas se suspenderán hasta que la escuela decida si su estudiante es elegible para una exención de cuotas. La decisión le será notificada posteriormente. Si su estudiante es elegible para una exención, la escuela no puede exigirle el servicio completo, que acepte un plan de pago a plazos o que firme un pagaré en lugar de una exención.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN ADJUNTA QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA Y CORRECTA A MI MEJOR CONOCIMIENTO.

FECHA: _____ FIRMA DEL PADRE/MADRE: _____

COMPLETE ESTA PÁGINA ÚNICAMENTE SI SE SELECCIONÓ LA OPCIÓN # 6 EN LA SECCIÓN BASE PARA LA EXENCIÓN DE CUOTAS.

VERIFICACIÓN DE INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

(Se requiere para los estudiantes que no califican según una categoría especial).

El ingreso del hogar se determina sumando todos los ingresos del hogar de todas las fuentes y luego comparándolo con el número de personas en el hogar. Un hogar es un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que no son residentes de una institución o pensión, pero que viven como una unidad económica. Esto significa que generalmente residen en la misma casa y comparten gastos como alquiler, servicios públicos y alimentos.

Enumere todos los ingresos antes de las deducciones en la (s) columna (s) correspondiente (s).

Nombre: Apellido Primer nombre Inicial segundo	Ingresos por trabajo (antes de deducciones) Ingreso Mensual	Pension/Retirement Social Security Ingreso Mensual	Bienestar, pensión alimenticia, manutención infantil, otros ingresos Ingreso Mensual	Total Por Persona Ingreso Mensual
1	$	$	$	$
2	$	$	$	$
3	$	$	$	$
4	$	$	$	$

EJEMPLOS DE INGRESOS:

Ingresos por trabajos	Pensión/Jubilación,Seguro Social	Bienestar, pensión alimenticia, manutención infantil	Otros Ingresos
Sueldos, salarios y propinas, beneficios de huelga, compensación de desempleo, compensación laboral, ingresos netos de negocios o granjas propias.	Pensiones, pagos suplementarios, ingresos de seguridad, pagos de jubilación, Ingresos del Seguro Social (incluyendo ingresos del seguro social de sus hijos).	* agos TANF *, pagos de asistencia social, pensión alimenticia y pagos de manutención infantil.	Beneficios por discapacidad; efectivo retirado de los ahorros; intereses y dividendos; ingresos de sucesiones, fideicomisos e inversiones, contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar; regalías netas y anualidades; ingreso neto por alquiler; cualquier otro ingreso.

* El recibir asistencia de TANF le califica automáticamente para la exención de cuotas. No se necesitan más pruebas de ingresos. Revise la sección de "Bases para la Exención de Cuotas" y envíe la solicitud según la elegibilidad de TANF. *

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS

Para el año escolar:
Julio 1, 2023 - Junio 30, 2024

Tamaño Familiar	Anual	Mensual	Dos por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	18,954	1,580	790	729	365
2	25,636	2,137	1,069	986	493
3	32,318	2,694	1,347	1,243	622
4	39,000	3,250	1,625	1,500	750
5	45,682	3,807	1,904	1,757	879
6	52,364	4,364	2,182	2,014	1,007
7	59,046	4,921	2,461	2,271	1,136
8	65,728	5,478	2,739	2,528	1,264
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:	6,682	557	279	257	129

Formulario de Decisión y Apelación de Exención de Cuotas

Al padre/madre o guardián legal de: _____

Su solicitud de exención de cuotas ha sido:

_____ Aprobada - TODAS las cuotas serán eximidas para el año escolar. _____

_____ Denegada - por la siguiente razón:

- _____ Su hijo no califica bajo ninguna de las categorías elegibles.
- _____ Usted no ha proporcionado la documentación necesaria para determinar si su hijo califica para la exención de cuotas.
- _____ Otro: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(Firma de empleado escolar)

Derechos de Apelación de Los Padres:

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, TIENE DERECHO A APELAR. Para apelar, envíe una carta (o el formulario de Notificación de Apelación impreso en la parte inferior de esta página) al director de la escuela de distrito o escuela chárter, explicando por qué no está de acuerdo con esta decisión. Incluya su nombre, el nombre de su hijo y la fecha. **USTED DEBE ENVIAR POR CORREO O ENTREGAR SU APELACIÓN EN UN LAPSO DE DIEZ DIAS ESCOLARES DE HABER RECIBIDO ESTA NOTIFICACIÓN**. *Guarde una copia de esta apelación para sus registros*. Un representante de la escuela se pondrá en contacto con usted dentro de un lapso de dos semanas después de haber recibido su apelación para programar una reunión y discutir sus inquietudes. También se le entregará una copia de la Política de Apelaciones de Exención de Cuotas de las escuelas del distrito y escuelas chárter que contiene una declaración completa de las políticas y procedimientos para las apelaciones.

TODAS LAS EXIGENCIAS PARA EL PAGO DE CUOTAS QUEDARÁN SUSPENDIDAS HASTA QUE SE TOME UNA DECISIÓN FINAL CON RESPECTO A SU APELACIÓN.

Notificación de Apelación:

Yo, _____ deseo apelar la decisión con respecto a mi solicitud de exención de cuotas escolares por las razones siguientes: _____

_____

_____

_____

_____

El nombre de mi hijo es: _____

Por favor programe una reunión para discutir esta apelación. Entiendo que todas las cuotas serán suspendidas hasta que se haya tomado una decisión final, y que mi hijo podrá participar plenamente en todas las actividades escolares durante ese tiempo al igual que si las cuotas hubieran sido pagadas.

_____ Fecha: _____

(Firma de la persona que consigna la apelación)

Contacto Escolar: _____ Número de Teléfono: _____