

FEE WAIVER APPLICATION (GRADES 7-12)
Please read the School Fees Notice before completing the application!
All information on this application will be kept confidential

SECTION A: STUDENT INFORMATION AND BASIS FOR FEE WAIVER.

Name of student: _____ Student Number: _____

Address: _____

School: _____ Grade level: _____

Name of parent or guardian: _____ Phone number: _____

Please check if applicable: (attach supporting documents for each category that applies)

- Student is eligible based on income verification (See Section D, Page 2 of 2).
- Student receives (SSI)* Supplemental Security Income (QUALIFIED CHILD WITH DISABILITIES).
- Family receives TANF (currently qualified for financial assistance or food stamps).
- Student is in Foster Care (under Utah or local governmental supervision).
- Student is in State Custody.

***Please note: Students who receive Survivor Benefits Do Not Qualify for the SSI category listed above.**

Parents or guardians shall provide income eligibility documentation in the form of income tax returns or current pay stubs demonstrating compliance with requirements consistent with state law and LEA policies and guidelines for all of the above qualifiers.

If none of the above apply but you wish to apply for fee waivers or other help with school fees because of serious financial problems, please state the reasons for the request:

(If you need more space, please continue on the back of this page)

Please check the school fee schedule and list all fees that you wish to have waived. If your student is eligible for fee waivers, all of those fees identified will be waived. **Please note that costs for yearbooks, class rings, letter jackets, school pictures, and similar items are not fees and will not be waived. Students may be required to pay fees for concurrent enrollment or advanced placement courses. The portion of the fees related specifically to college or post-secondary grades or credit is not subject to fee waiver.**

Fee Description	Amount	Fee Description	Amount
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Please give this application to the Principal, Assistant Principal, or the School Fee Counselor when you have finished filling it out. All fee payments will be suspended until the school has determined if your student is eligible for fee waivers. You will then be given a written notice of that decision. **The school shall require you to present proof of eligibility.** State law requires schools or school districts to require DOCUMENTATION of fee waiver eligibility if parent must "apply for fee waivers." State law also requires that school districts provide alternatives in lieu of fee waivers, "to the fullest extent reasonably possible according to individual circumstances of both fee waiver applicant and school," consistent with local board policies and/or guidelines which may include tutorial assistance to other students, assistance before or after school to teachers and other school personnel on school related matters, and general community or home service. If your student is eligible for a waiver, the school cannot require you to agree to an installment payment plan or sign an IOU in place of a waiver.

I HEREBY CERTIFY THAT THE INFORMATION AND DOCUMENTATION I HAVE PROVIDED IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF. I ALSO GIVE SCHOOL OFFICIALS PERMISSION TO USE THIS FORM AS A RELEASE TO OBTAIN INFORMATION NECESSARY FOR VERIFICATION OF ELIGIBILITY.

DATE: _____

 PARENT'S OR GUARDIAN'S SIGNATURE

FEE WAIVER DECISION AND APPEAL FORM

To the parent or legal guardian of _____

_____ Your application for fee waivers has been approved.

Your application for fee waivers has been denied because:

_____ Your child does not appear to qualify under any of the eligible categories.

_____ We don't have enough information to decide if your child qualifies for fee waivers.

Please provide us with the information requested below or call (name) _____

at (number) _____ as soon as possible so that we can complete work on your application.

_____ Explanations or other reasons for denial: _____

By: _____ Date: _____

(Signature of school employee)

PARENTAL APPEAL RIGHTS

IF YOU DISAGREE WITH THIS DECISION, YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL. To appeal, send a letter (or the Notice of Appeal form printed at the bottom of this page) to the school principal, explaining why you disagree with this decision. Include your name, your child's name, and the date. **YOU MUST MAIL OR HAND-DELIVER YOUR APPEAL WITHIN TEN SCHOOL DAYS OF RECEIVING THIS NOTICE.** *Keep a copy of the appeal for your records.* A school representative will contact you within two weeks after receiving your appeal and schedule a meeting to discuss your concerns. You will also be given a copy of the school district's School Fees Appeals Policy containing a complete statement of policies and procedures for appeals. **ALL REQUIREMENTS FOR PAYMENT OF FEES WILL BE SUSPENDED UNTIL THE FINAL DECISION IS MADE REGARDING YOUR APPEAL.**

NOTICE OF APPEAL

I, (give your name) _____ wish to appeal the decision regarding my application for school fee waivers for the following reasons:

My child's name is _____

Please schedule a meeting to discuss this appeal. I understand that all fees will be suspended until a final decision has been reached, and that my child will be able to participate fully in all school activities during that time on the same basis as if the fees had been paid.

Date: _____
(Signature of the person submitting the appeal)

**Section B: INCOME VERIFICATION FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Required for students who do not qualify based on a special category.)
LIST ALL INCOME BEFORE DEDUCTIONS IN THE APPROPRIATE COLUMNS ON SAME LINE AS RECEIVER.**

Convert to monthly income: (weekly) multiply by 4.33; (every two weeks) multiply by 26 divide by 12; (twice a month) multiply by 2; and (annually) divide by 12
The last income tax return or the last three pay stubs, or both, if available, of each household member are required to be attached to this form.

NAME Last	First	M.I. (also known as)	Earnings from work (before deductions)		Pension/Retirement Social Security	Welfare/Alimony child support	Other Income 2nd job, etc.	Total by Adult Monthly Income
			Job	Monthly				
1			\$	\$	\$	\$	\$	\$
2			\$	\$	\$	\$	\$	\$
3			\$	\$	\$	\$	\$	\$
4			\$	\$	\$	\$	\$	\$
5			\$	\$	\$	\$	\$	\$
6			\$	\$	\$	\$	\$	\$
7			\$	\$	\$	\$	\$	\$
8			\$	\$	\$	\$	\$	\$

Total number of ALL PEOPLE living in household _____

Section C. EXAMPLES OF INCOME

Earnings from Work	Pension/Retirement Social Security	Welfare/Alimony Child Support	Other Income
Wages, salaries and tips, strike benefits, unemployment comp., workers' comp., net income from self-owned business or farm	Pensions, supplement, security income, retirement payments, Social Security income (including SSI a child receives)	TANF payments, welfare payments, alimony, and child support payments	Disability benefits; cash withdrawn from savings; interest & dividends; income from estates, trusts, and investments, regular contributions from persons not living in the household; net royalties and annuities; net rental income; any other income

Section D. INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES July 1, 2017 to June 30, 2018

Household Size	Yearly		Twice Per Month	Every Two Weeks	Weekly
	Yearly	Monthly			
1	15,678	1,307	654	603	302
2	21,112	1,760	880	812	406
3	26,546	2,213	1,107	1,021	511
4	31,980	2,665	1,333	1,230	615
5	37,414	3,118	1,559	1,439	720
6	42,848	3,571	1,786	1,648	824
7	48,282	4,024	2,012	1,857	929
8	53,716	4,477	2,239	2,066	1,033
For each additional family member, add:	5,434	453	227	209	105

In lieu of income verification, attach supporting documents to this form for each special category that applies. For TANF (financial assistance or food stamps) attach a letter of decision covering the current period from Workforce Services.

For SSI (QUALIFIED CHILD WITH DISABILITIES), attach the benefit verification letter from Social Security. For State custody or foster care, provide the "youth in custody required intake form" and/or "school enrollment letter" provided by the case worker from DCFS or Juvenile Justice Department.

This form and all supporting documents will be destroyed after the approval process is complete.

**SOLICITUD PARA LA EXENCIÓN DEL PAGO DE CUOTAS
(PARA SÉPTIMO A DUODÉCIMO GRADO)**
¡Por favor lea el "Aviso de cuotas escolares" antes de llenar esta solicitud!
Toda la información en esta solicitud será confidencial

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE Y FUNDAMENTO PARA LA EXENCIÓN DEL PAGO DE CUOTAS.

Nombre del estudiante: _____ Estudiante #: _____
 Dirección: _____
 Escuela: _____ Grado: _____
 Nombre del padre o tutor legal: _____

- Por favor marque lo que corresponda a su situación: (adjunte los documentos de respaldo para cada categoría que se aplique)
- El estudiante reúne los requisitos en base a la verificación de los ingresos. (Véase la Sección D, página 2 de 2)
 - El estudiante recibe "Ingreso suplementario de seguridad" (SSI, por su sigla en inglés) * (NIÑO DISCAPACITADO QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS)
 - La familia recibe "Asistencia temporal para familias necesitadas" (TANF, por su sigla en inglés) (califica actualmente para recibir ayuda financiera o estampillas de comida)
 - El estudiante está bajo cuidado tutelar (bajo la supervisión del gobierno local o de Utah)
 - El estudiante está en custodia del Estado

**Atención: Los estudiantes que reciben "Beneficios de supervivientes" no califican para la categoría de "Ingreso suplementario de seguridad" (SSI, por su sigla en inglés) que figura arriba.*

El padre(s)/tutor(es) legal(es) proveerá documentos de prueba de elegibilidad por ingresos tales como declaraciones de impuestos o recibos de pago de salario para demostrar que cumple con los requisitos de acuerdo con la ley del estado y las normas y/o pautas del distrito escolar para todas las condiciones determinantes mencionadas arriba.

Si ninguna de las condiciones antes mencionadas describe su situación, pero usted desea solicitar una exención del pago de las cuotas u otras ayudas con las cuotas escolares por problemas económicos serios, sírvase indicar a continuación las razones por las cuales solicita ayuda:

(Si necesita más espacio, continúe al dorso de esta hoja)

Por favor, fíjese en la lista de cuotas escolares e indique todas las cuotas para las que desea una exención. Si su estudiante reúne los requisitos para la exención del pago de las cuotas, se le concederá la aprobación. **Por favor tenga en cuenta que el costo de los anuarios, los anillos de curso, las chaquetas con las iniciales de la escuela, las fotos estudiantiles y otros artículos similares no son cuotas y no se hará una exención de pago. Puede que se requiera que los estudiantes paguen las cuotas de la inscripción concurrente o de los cursos de colocación avanzada. La porción de las cuotas relacionada específicamente con un instituto de enseñanza superior o las calificaciones o el crédito de estudios superiores no está sujeta a una exención del pago de las cuotas.**

Descripción de la cuota	Cantidad	Descripción de la cuota	Cantidad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Una vez que complete la solicitud, sírvase entregarla al director de la escuela, al director auxiliar o al consejero encargado de las cuotas escolares. Todos los pagos de cuotas serán suspendidos hasta que la escuela decida si su estudiante reúne los requisitos para la exención, después de lo cual usted recibirá un aviso de la decisión. **La escuela le exigirá que presente un comprobante de elegibilidad.** La ley del estado requiere que las escuelas o los distritos escolares exijan DOCUMENTOS de elegibilidad para la exención del pago de cuotas si el padre tiene que "solicitar una exención del pago de cuotas". La ley del estado también requiere que los distritos escolares provean alternativas en lugar de exención del pago de cuotas, "hasta donde sea razonablemente posible, de acuerdo con las circunstancias individuales del solicitante de la exención de pago de cuotas y de la escuela", de acuerdo con las normas y/o las pautas del consejo local, que pueden incluir ayudar a otros estudiantes con los estudios, ayuda a los maestros y a otro personal escolar con asuntos relacionados con la escuela antes o después del horario escolar y servicio general en la comunidad o en el hogar. Si su estudiante reúne los requisitos para la exención del pago de las cuotas, la escuela no puede exigirle que acepte hacer pagos a plazos o que firme un pagaré en vez de darle la exención.

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN Y LOS DOCUMENTOS QUE HE PRESENTADO SON VERDADEROS Y CORRECTOS SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. ADEMÁS AUTORIZO AL PERSONAL DE LA ESCUELA PARA QUE USEN ESTE FORMULARIO COMO UN PERMISO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA VERIFICAR LA ELEGIBILIDAD.

FECHA: _____

 FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

**FORMULARIO DE DECISIÓN Y APELACIÓN EN CUANTO A LA
EXENCIÓN DEL PAGO DE CUOTAS**

Al padre o tutor legal de _____

_____ Su solicitud para la exención del pago de cuotas fue aprobada.

Su solicitud para la exención del pago de cuotas fue negada por la siguiente razón:

_____ Su hijo(a) no reúne los requisitos bajo ninguna de las categorías elegibles.

_____ No tenemos suficiente información para decidir si su hijo(a) reúne los requisitos para la exención del pago de cuotas.

Sírvase enviarnos la siguiente información, o llamar a (nombre) _____ al
(número) _____ lo más pronto posible a fin de finalizar el trámite de su solicitud.

_____ Explicaciones u otras razones por las cuales se rechazó la solicitud: _____

Por: _____ Fecha: _____
(Firma del empleado de la escuela)

DERECHOS DE APELACIÓN DE LOS PADRES

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, TIENE EL DERECHO DE APELAR. Para apelar, envíe una carta (o el formulario "Aviso de apelación" impreso en la parte inferior de esta hoja) al director de la escuela y explique por qué no está de acuerdo con esta decisión. Incluya su nombre, el nombre de su hijo(a) y la fecha. **DEBE ENVIAR SU APELACIÓN POR CORREO O ENTREGARLA PERSONALMENTE DENTRO DE DIEZ DÍAS DESPUÉS DE RECIBIR ESTE AVISO.** *Guarde una copia de la apelación para sus registros.* Un representante de la escuela se pondrá en contacto con usted dentro de dos semanas después de recibir su apelación y le dará una cita para que se reúnan para hablar de sus inquietudes. Además recibirá una copia de la "Norma de apelación con relación a las cuotas escolares" del distrito escolar con una explicación detallada de las normas y los procesos de apelación. **SE SUSPENDERÁN TODOS LOS REQUISITOS DE PAGO DE CUOTAS HASTA QUE SE TOMA UNA DECISIÓN FINAL ACERCA DE SU APELACIÓN.**

AVISO DE APELACIÓN

Yo, (escriba su nombre) _____, deseo apelar contra la decisión acerca de mi solicitud para la exención del pago de cuotas escolares por las siguientes razones:

El nombre de mi hijo(a) es _____

Sírvase fijar una reunión para hablar sobre esta apelación. Entiendo que todas las cuotas serán suspendidas hasta que se tome una decisión final, y que mi hijo(a) podrá participar plenamente en las actividades escolares durante este tiempo como si se hubiesen pagado las cuotas.

Fecha: _____

(Firma de la persona que presenta esta apelación)

Sección B: VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS MENSUALES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Se requiere esta información para todos los estudiantes que no califiquen en base a una categoría especial.)

ANOTE TODOS LOS INGRESOS ANTES DE LAS DEDUCCIONES EN LA(S) COLUMNA(S) CORRESPONDIENTE(S) EN EL MISMO RENGLÓN DE LA PERSONA QUE LOS RECIBE.

Haga la conversión a ingresos mensuales: (por semana) multiplique por 4.33; (cada dos semanas) multiplique por 26 y divida en 12; (dos veces al mes) multiplique por 2; y (por año) divida en 12.

Es necesario que cada miembro del hogar adjunte a este formulario la última declaración de impuestos o los últimos tres recibos de pago de salario, o ambas cosas, si las tienen disponibles.

NOMBRE Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre (apodo)	Ingresos del trabajo (antes de las deducciones)		Pensión/Jubilación Seguro Social		Beneficios de bienestar, pensión alimenticia, mantenimiento económico de los hijos		Otros ingresos 2º trabajo, etc		Total por adulto Ingresos Mensuales
			Trabajo 1	Mensual	Mensual	Mensual	Mensual	Mensual	Mensual		
1			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
2			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
3			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
4			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
5			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
6			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
7			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
8			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Número total de TODAS LAS PERSONAS que viven en el hogar _____

Sección C. EJEMPLOS DE INGRESOS

Ingresos del trabajo	Pensión/Jubilación Seguro Social	Bienestar, pensión alimenticia, mantenimiento económico de los hijos	Otros ingresos
Sueldo, salario y propinas, beneficios de huelgas, compensación por desempleo, compensación al trabajador, ingreso neto de una empresa o granja propia	Pensiones, suplemento, ingresos de seguridad, jubilaciones, ingresos del Seguro Social (Incluyendo el "Ingreso suplementario de seguridad" [SSI] que recibe un niño)	Pagos de TANF, pagos de bienestar, pensión alimenticia y pagos de mantenimiento económico de los hijos	Beneficios de discapacidad; dinero en efectivo sacado de una cuenta de ahorros; intereses y dividendos; ingresos de herencias, fideicomiso e inversiones; contribuciones regulares de las personas que no viven en el hogar; derechos de autor netos y anualidades netas; ingresos netos de alquileres; cualquier otro ingreso

Sección D. PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE ACUERDO CON LOS INGRESOS 1º de julio de 2017 a 30 de junio de 2018

Cantidad de personas en el hogar	Por año	Por mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Por semana
1	15,678	1,307	654	603	302
2	21,112	1,760	880	812	406
3	26,546	2,213	1,107	1,021	511
4	31,980	2,666	1,333	1,230	615
5	37,414	3,118	1,559	1,439	720
6	42,848	3,571	1,786	1,648	824
7	48,282	4,024	2,012	1,857	929
8	53,716	4,477	2,239	2,066	1,033
Por cada miembro de la familia adicional, agregue:	5,434	453	227	209	105

En lugar de adjuntar la verificación de ingresos, adjunte a este formulario los documentos de respaldo que correspondan a cada categoría especial que se aplique. Para la "Asistencia temporal para familias necesitadas" (TANF, por su sigla en inglés) (ayuda financiera o estampillas de comida) adjunte una carta de decisión de los Servicios para Trabajadores (*Workforce Services*) con la decisión que cubra el período actual.

Para "Ingreso suplementario de seguridad" SSI (NIÑO DISCAPACITADO QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS), adjunte la carta de verificación de beneficios del Seguro Social. Para custodia del estado presente el "formulario de admisión y/o la carta de matriculación escolar que se exige para un joven bajo custodia" (*youth in custody required intake form*) ó cuidado adoptivo que provee el trabajador social del Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS, por su sigla en inglés) o del Departamento de Justicia Juvenil.

Este formulario y todos los documentos de respaldo serán destruidos después de que se complete el proceso de aprobación.