

ШТАТ ОНІО

ОКРУГ _____

)
)
)

а саме

**АФІДАВІТ (ПИСЬМОВА ЗАЯВА) ПРО ВІДСУТНІСТЬ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ
СПЛАЧУВАТИ ПОДАТКИ ВІДПОВІДНО ДО ЗАКОНОДАВСТВА
ШТАТУ АФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА**

Я, _____, будучи приведеним(-ою) до присяги належним чином, заявляю, що мені виповнилося вісімнадцять років, я перебуваю при здоровому глузді, мені особисто відомі наведені далі твердження і факти, і що, виходячи з моїх знань, ці твердження є правдивими і достовірними:

1. Я є батьком (матір'ю) _____, дата народження _____.
Я є батьком (матір'ю) _____, дата народження _____.
Я є батьком (матір'ю) _____, дата народження _____.
Я є батьком (матір'ю) _____, дата народження _____.
Я є батьком (матір'ю) _____, дата народження _____.
Я є батьком (матір'ю) _____, дата народження _____.
2. Я бажаю, щоб було визначено, чи моя(-ї) дитина (діти) є «учнем(-ями), що відповідає(-ють) вимогам» для цілей стипендіальної програми розширення освітнього вибору (educational choice expansion scholarship program).
3. Моя адреса: _____.
4. Моє місце роботи: _____.
5. Останні чотири (4) цифри мого номера соціального страхування: _____.
6. Мій чоловік (моя дружина): _____.
7. Останні чотири цифри номера соціального страхування мого чоловіка (моєї дружини): _____.
8. Я засвідчую, що я та мій чоловік/дружина не зобов'язані подавати декларацію з федерального податку на дохід.

Я НЕ МОЖУ ДОДАТИ НІЧОГО ІНШОГО ДО ЗАЗНАЧЕНОГО ВИЩЕ.

Підписано й засвідчено справжність у моїй присутності ____ 202__ року.

Державний нотаріус

Департамент освіти і трудових ресурсів (Department of Education and Workforce) штату Огайо не допускає дискримінації на основі раси, релігії, статі, національності, віку, інвалідності чи етнічного походження. Департамент освіти і трудових ресурсів штату Огайо є [працедавцем, що надає рівні можливості усім своїм співробітникам](#), а також є постачальником [послуг відповідно до Закону про американців з обмеженими можливостями \(Americans with Disabilities Act, ADA\)](#). [Сповідання Департаменту про недопущення дискримінації](#) стосується усіх програм і заходів. Ознайомтеся з [Політикою Департаменту щодо недопущення дискримінації осіб з обмеженими можливостями](#) і [Процедурою розгляду скарг стосовно політики Департаменту щодо недопущення дискримінації](#). Для отримання додаткової інформації про повідомлення щодо недопущення дискримінації відвідайте ocras.ed.gov/contact-ocr, де ви можете дізнатися адресу та номер телефону офісу, який обслуговує ваш регіон, або зателефонуйте за номером 1-800-421-3481.