

ШТАТ ОНІО)

) а саме

ОКРУГ _____)

**НЕ ЗОБОВ'ЯЗАНИЙ(-А) СПЛАЧУВАТИ ПОДАТКИ
ВІДПОВІДНО ДО ЗАКОНОДАВСТВА ШТАТУ
ТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА АФІДАВІТ**

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 НИЧОГО 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 Ohio не допускає дискримінації на основі раси, релігії, статі, національності, віку, інвалідності чи етнічного походження. Департамент освіти і трудових ресурсів штату Ohio 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 недопустимість дискримінації](#) стосується усіх програм і заходів.

Ознайомтеся з [Політикою щодо недопущення дискримінації осіб з обмеженими можливостями і Процедурою розгляду скарг щодо політики недопущення дискримінації Департаменту](#). Для отримання додаткової інформації про повідомлення щодо недопущення дискримінації відвідайте ocrcas.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.