

ШТАТ ОНІО )  
)  
ОКРУГ \_\_\_\_\_ )  
a same

## АФІДАВІТ ЩОДО ПРИЗНАЧЕННЯ МІНІМАЛЬНОЇ СТИПЕНДІЇ

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 підтверджую, що я та мій чоловік/моя дружина маємо право на отримання мінімальної стипендії.

Я НЕ МОЖУ ДОДАТИ НИЧОГО ІНШОГО ДО ЗАЗНАЧЕНОГО ВИЩЕ.

\_\_\_\_\_  
Підпис

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](http://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.