

АФІДАВІТ (ПИСЬМОВА ЗАЯВА) ПРО ПРАВО НА ОТРИМАННЯ СТИПЕНДІЇ EDUCATIONAL CHOICE 2025–2026 НАВЧАЛЬНИЙ РІК

Розділ 3310.033 Переглянутого кодексу (Revised Code) штату Ohio

Афідавіт (Письмова заява) _____
(Ім'я та прізвище друкованими літерами)

Ім'я учня (учениці) _____
(Ім'я та прізвище друкованими літерами)

Будь ласка, відмітьте всі пункти, що стосуються вас:

- ☐ (а) Учень(-иця) не проживає в муніципальному шкільному окрузі Cleveland Municipal School District у 2025-2026 навчальному році.
- ☐ (b) Брат (сестра) учня (учениці) отримав традиційну стипендію Educational Choice на 2024-25 навчальний рік.

Якщо ви щось зазначили, будь ласка, заповніть наступне:

Ім'я брата чи сестри учня (учениці), який(-а) отримав(-ла) стипендію: _____

Ким доводиться БРАТ/СЕСТРА учню (учениці) (будь ласка, позначте належний варіант):

- ☐ Брат ☐ Зведений брат ☐ Сестра ☐ Зведена сестра
- ☐ Двоюрідний(-а) брат (сестра) за народженням, шлюбом або усиновленням, який проживав в одному домогосподарстві з учнем(-еницею).
- ☐ Прийомна дитина, яка проживає в тому ж домогосподарстві (в тому числі дитина, яку згодом усиновила прийомна сім'я дитини).
- ☐ Дитина, яка проживає в одному домогосподарстві з учнем(-еницею) у зв'язку з тим, що вона перебуває під опікою чи піклуванням законного представника.
- ☐ Дитина, яка проживає в одному домогосподарстві з учнем(-еницею) і перебуває під опікою опікуна-родича (родич або інша доросла особа, яка доглядає за дитиною замість її батьків).
- ☐ Інша дитина, яка проживала в одному домогосподарстві з учнем(-еницею) щонайменше 45 днів поспіль протягом останнього календарного року.
- ☐ (с) Учень(-иця) є прийомною дитиною (дитина, передана в прийомну сім'ю - особа, яка має дійсний сертифікат прийомної сім'ї, виданий Департаментом праці та сімейних послуг (Department of Job & Family Services) штату Ohio).
- ☐ (d) Учень(-иця) влаштований(-а) до опікуна, законного піклувальника або особи, яка здійснює догляд за дитиною в силу родинних зв'язків (доросла особа, яка доглядає за дитиною замість її батьків).
- ☐ (е) Учень(-иця) не перебуває під опікою опікуна, законного піклувальника або особи, яка здійснює догляд за дитиною в силу родинних зв'язків, але учень(-иця) проживав в одному домогосподарстві з дитиною, яка

відповідає вимогам пункту (d), щонайменше 45 днів поспіль протягом останнього календарного року.

- ☐ (f) Учень(-иця) проживає в домогосподарстві, яке отримало сертифікацію, як прийомна сім'я від Департаменту праці та сімейних послуг (Department of Job & Family Services) штату Ohio (в тому числі дитина, яка не є прийомною дитиною).
- ☐ (g) Батьки або опікуни учня(-ениці) проживають в штаті Ohio, а учень(-иця) проживав(-ла) у домогосподарстві особи, яка не є одним із батьків або опікунів учня(-ениці), щонайменше 45 днів поспіль протягом останнього календарного року і, якби не проживав(-ла) у домогосподарстві, був(-ла) би безпритульним(-ою).
- ☐ (h) Учень(-иця) щонайменше 45 днів поспіль протягом останнього календарного року проживав(-ла) в одному домогосподарстві з дитиною, яка відповідає вимогам пункту (g).

ПРИСЯГА АБО ЗАПЕВНЕННЯ

(Не підписуйте без присутності нотаріуса).

Я, (ім'я печатними буквами) _____, присягаюся або підтверджую, що я прочитав(-ла) цей Афідавіт (Письмову заяву) і, наскільки мені відомо і наскільки я переконаний(-а), факти та інформація, викладені в цьому Афідавіті (Письмовій заяві), є правдивими, точними і повними. Я розумію, що якщо я не скажу правду, до мене може бути застосовано покарання за неправдиві свідчення.

(Підпис)

ШТАТ ОНІО)

)

ОКРУГ _____)

Присягнув(ла) або запевнив(ла) переді мною _____ цього _____ дня _____.

Підпис нотаріуса

Ім'я нотаріуса друкованим текстом

Дата закінчення терміну дії комісії: _____
(Поставте печатку тут)

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.