

OSSINING UNION FREE SCHOOL DISTRICT
School Lunch Program
Request for Refund of Meal Card Balance

Today's Date _____

Student Name (s) _____

School (s) _____

Reason for Refund: Free Lunch Status
 Leaving District
 Other (please specify) _____

I understand that upon refund of these funds the student (s) listed above will be required to pay for all items purchased unless covered by the Free lunch program.

Requestor's Name _____ Relationship _____

Requestor's Signature _____ Date _____

Check to be made out to: Name _____
Address _____
Phone _____
E-mail _____

Internal use only:

<u>Student Names</u>	<u>Balance</u>	<u>As of Date</u>
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
	<u>Total</u> _____	

The above expenditure was authorized and received by:

NUTRI-kids Updated: _____ Date: _____
Assistant Business Administrator

Claim Approved: _____ Date: _____
Deputy Purchasing Agent

Internal Claims Auditor: _____ Date: _____
Internal Claims Auditor

Check Date: ____ / ____ / ____

Non-PO payment G/L Code: C Fund	691.00
------------------------------------	--------

DISTRITO ESCOLAR DE OSSINING
Programa de almuerzo escolar
Solicitud de reembolso del saldo en la tarjeta de alimentos

Fecha _____
 Nombre del estudiante(s) _____
 Escuela(s) _____

Razón para el reembolso:

	Almuerzo gratis
	Deja el distrito
	Otra (por favor especifique) _____

Entiendo que al reembolsar estos fondos el(los) estudiante(s) listado(s) arriba deberá(n) pagar todos los artículos comprados a menos que estén cubiertos por el programa de almuerzo gratis.

Nombre del solicitante _____ Relación _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Cheque a nombre de Nombre _____
 Dirección _____
 Teléfono _____
 Correo electrónico _____

Exclusivamente para uso interno:

<u>Nombres de los estudiantes</u>	<u>Saldo</u>	<u>A partir de la fecha</u>
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
	Total	

El gasto anterior fue autorizado y recibido por:

NUTRI –kids actualizado: _____ Fecha _____
 Asistente de Administración Financiera

Reclamación aprobada: _____ Fecha _____
 Sub-Jefe de compras

Auditor de reclamaciones internas: _____ Fecha _____
 Auditor de reclamaciones internas

Fecha del cheque _____/_____/_____