# [学区/特许学校信笺]

# 补充低收入数据收集表格（2023年夏季/秋季）

尊敬的家庭，

您可能知道， [我们的学区/特许学校]获得了额外的州和地方资金，以支持低收入家庭学生的学习。根据这些学生在公共援助计划中的参与情况，马萨诸塞州中小学教育部确定了其中的大多数学生，但并非全部学生。我们发送此表格给各家庭，希望能够帮助我们确认是否有更多作为有资格领取学校补助金的低收入家庭。

**请注意，此为自愿过程。不要求家庭提交此信息。**

此补充低收入数据收集表格不是申请免费或低价学校膳食，如果您的孩子已经获得免费或低价午餐和早餐的福利，此表将不会影响您孩子获得这些福利的机会。

将由[学区/特许学校]保存家庭在此表格中提供的信息和任何证明文件。它将仅由[学校/学区]或马萨诸塞州中小学教育部用来核实家庭的收入，以确定[学区/特许学校]将获得的州和地方资金。

请按照以下概述的步骤填写表格，并连同所需的证明文件返回[截止日期前 - 姓名和电子邮件]。在填写表格的任何部分或收集其他所需信息时， 如您需要任何帮助，请联系[姓名，电话号码或电子邮件]。

## 步骤1：收入要求

**首先，计算您家庭的年收入。请确保将所有收入来源涵括在内，包括：工作、公共补助金、子女抚养费、赡养费、养老金、退休金、社会安全退休金、社会安全补助金 (SSI)、失业保险、退伍军人福利和儿童收入。 此总收入应为预先扣除税费、保险费、医疗费、子女抚养费等的金额。**

**其次，在下表中确定您家庭的总人数。**请算出居住在您家中并共同使用收入和支出的所有儿童和成人，无论有血缘关系还是无血缘关系。

**第三，顺着从人数到符合资格的收入的箭头查看。 如果您的家庭收入在列出的家庭人数范围内，请选中此框并填写表格。** 您的家庭必须满足家庭规模的收入要求，才能被认定为低收入，以用于领取学校补助金这一目的。 例如，一个拥有一名成人和两名儿童（总共三人）且收入为 40,000 美元的家庭符合资格，因为他们的收入在 0 美元到 45,991美元之间。

| **如果您的家庭人数为...** | **如果您的家庭年收入在这个范围内...** | **请勾选此框。** |
| --- | --- | --- |
|  2  | $0 - $36,482  |  |
|  3  | $0 - $45,991  |  |
|  4  | $0 - $55,500  |  |
|  5  | $0 - $65,009  |  |
|  6  | $0 - $74,518  |  |
|  7  | $0 - $84,027  |  |
|  8  | $0 - $93,536  |  |

| ***如果家庭收入不在根据您的家庭规模计算的相应范围内，则您的家庭不符合资格，您不应填写该表格。*****如果您的家庭人口超过 8个人，请提供以下信息并与您所在的地区或学校合作以确定您的家庭是否符合资格：** |
| --- |
| 儿童/成人人数： \_\_\_\_\_\_\_ |  年收入：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **由学区/学校填写：** | **根据联邦指引要求，家庭是否符合规模和综合年收入要求？如果是，请勾选此框并提供您的姓名首字母缩写：**q **首字母缩写：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## 步骤2：学生信息

**请列出截至2023年10月2日家庭中已经或将要就读 [学区/特许学校] PK-12 年级的所有学生。**如果还需要有其他学生列入此表，请在此表下方添加行。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **由家长/监护人填写** |  | **由学区/学校填写：** |
| **名字** | **姓氏** | **年级** |  | **州颁学生编号（SASID）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## 步骤3：证明文件

请提供以下一项或多项证据来源来核实您的家庭收入。您应该提交可用于计算最近一个月收入的文件，例如本月或上个月的每两周发放的工资存根。*请勾选所有适用的来源。*

|  |  |
| --- | --- |
| q | ***工作：***显示金额和收到工资的频率的工资单或工资信封；雇主说明工资总额和支付频率的信函；或，如果您是自雇，您可以提供商业或农业文件，如分类账或税务账簿。 |
| q | ***社会保障金、养老金或退休金：***社会保障退休福利信函、收到的福利账单或养老金奖励通知。 |
| q | ***失业、残疾或工伤赔偿：***州就业保障办公室的资格通知书、支票存根或工人赔偿办公室的信函。 |
| q | ***公共援助：***马萨诸塞州过渡补助部为补充营养援助计划（SNAP）或过渡性援助（TAFDC）提供的福利信函，或马萨诸塞州卫生与公众服务执行办公室为MassHealth提供的福利信函。 |
| q | ***子女抚养费或赡养费：***法院判令、协议或收到的支票副本。 |
| q | ***其他收入（如租金收入）：***显示收到的收入金额、收到频率和收到日期的信息。 |
| q | ***无收入证明：***一个简短的证明文件，说明您如何为您的家庭提供食物、衣服和住房，以及您预计什么时候有收入。 |
| q | ***军事住房私有化倡议：***证明您的住房是军事住房私有化住房计划一部分的信函或租房合同。 |

## 步骤4：社区联系

如果您的家庭无法提供上述步骤3中所列的充分证明文件，**社区联系人**必须提供支持上述步骤1中所列家庭的综合年收入范围的书面证据。

*社区联系人*是指您家庭以外的人士，他/她了解您的家庭情况，可以证明在步骤1中您家庭选择的收入范围。社区联系人包括社会服务机构、宗教组织和其他社区团体。

|  |
| --- |
| 社区联系人和组织机构名称 |
| 组织地址[街道、城市、州、邮政编码] |
| 联系方式 |
| 签名 | 今日日期 |

## 步骤5：成人签名和联系方式

本人签署此表格，证明本人（承诺）在此申请表格中的所有信息都是真实的，并已报告所有收入。

|  |
| --- |
| 填写表格的成年人姓名（正楷字母） |
| 家庭地址（如有）[街道、城市、州、邮政编码] |
| 联系方式 |
| 签名 | 今日日期 |

| **请勿填写此部分。仅供学校使用。** |
| --- |

*本人已审查了上述信息和文件，并作出结论，以本人所知，这些信息和文件均是正确、完整填写。*

|  |
| --- |
| 学区或特许学校人员姓名（正楷字母） |
| 签名 | 今日日期 |

必须由学校食品服务账户以外的资金支付所有与分发、收集和审查这些家庭收入表有关的费用。

请注意，社区联系人（如果提供）不能是学生所在学区/特许学校的员工，也不能是任何从学区/特许学校收取款项来管理收入验证流程的个别人士。如该社区联系人符合上述任何一项准则，则不能证明此表格。