



有关家庭成本参与的财务信息

孩子姓名	出生日期	户主	填表日期
------	------	----	------

说明

我们需要家庭的财务信息，以决定该家庭是否需要为参加“人生起步计划”缴纳月费。月费会参考家庭成员数量和家庭的调整后总收入，按比例收取。评估后，家庭支付费用最低为每月 5 美元，最高为每月 100 美元。

在举行初始和年度个性化家庭服务计划 (IFSP) 会议时，以及在家庭人数和收入出现变动时，我们会进行家庭财务信息的收集。在收集家庭财务信息前，我们会为家长提供《人生起步计划支付系统保险单》的副本。

家长必须从下列三个选项中选择一项。家长必须在表格上签名并署明日期，然后将其交回给服务协调员，以便我们确定月费的金额。服务协调员的联系信息如下。

确认

在查阅了《人生起步计划支付系统保险单》后，我选择以下选项：

选项 1: 本人确认：我的孩子享有 MO HealthNet/Medicaid 补助，我的家庭享受附加保障收入 (SSI) 补助、食品救济券补助，或我的孩子处于寄养状态。

选项 2: 本人保证住户和收入信息自签署日开始准确无误。

- **家庭规模**（家庭人数）：_____
- **收入信息**（A、B 两项均须填写）

A. 联邦纳税申报表

申报纳税身份： 单身 夫妻合并申报 户主

夫妻分开申报（填写两张表格）

联邦纳税申报表上的调整后总收入：_____美元

B. 其他有存根的薪酬收入。

其他途径的年度收入约为：_____美元

选项 3: 本人拒绝提供财务信息。且本人明白，这样做会导致最高 100 美元的月费。

签名

家长签名	家长签名日期
------	--------

家长姓名（打印）

服务协调员

服务协调员姓名与地址	服务协调员电话号码
------------	-----------

机构代表签名	机构收到的日期
--------	---------

随本表格附上一份《人生起步计划支付系统保险单》副本。

中小学教育部不会因种族、肤色、宗教、性别、性取向、国籍、年龄、军籍、精神或身体残疾以及法律禁止的其他原因，在其计划或活动中给予歧视。如需查询部门计划的相关信息，以及残疾人员所能参与享用的服务、活动以及设施的所在地，请直接向杰弗逊政府办公大楼，法律顾问办公室，民权合规总监和 MOA 协调员（Title VI/Title IX/504/ADA/ADAAA/Age Act/GINA/USDA Title VI）进行咨询，地址：5th Floor, 205 Jefferson Street, P.O.Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480；电话：573-526-4757 或电传打字机：800-735-2966；电邮：civilrights@dese.mo.gov。