



ファーストステッププログラム参加費用決定に関する家族の財務情報

子供の名前	生年月日	世帯主	記入日
-------	------	-----	-----

説明

ファーストステップに参加する費用月額を払う場合、その金額を判断するために財務情報が必要になります。月額費用は、家族の人数を考慮した変動制および家族の調整後世帯収入額に基づいて算出されます。費用が算出されると、最低\$5から最高\$100までの金額が決定されます。

初期および年間の個別家族ファミリープラン (IFSP) ミーティングで、および家族人数または収入の変更時に、財務情報を収集させていただきます。財務情報を収集する前に、保護者に対してファーストステップ費用のポリシーを通知いたします。

保護者は、下記の3つのオプションから1つ選択してください。月額費用が決定される前に、保護者が本フォームに署名と日付を記入しサービスコーディネーターに返送してください。サービスコーディネーターの連絡先は以下のとおりです。

確認

ファーストステッププログラム費用のポリシーを確認後、私は以下のオプションを選択します：

オプション1：私の子供は、MO HealthNet/Medicaid に加入しています。私の家族は、低所得者生活補助金 (SSI)、食料割引券を受け取っており、里親制度による子供です。

オプション2：私は、署名日において、家族と収入のデータが正しいことをここに確認します。

- 家族規模 (例、家族の人数など) : _____

- 収入情報 (A または B が必要です)

A. 連邦申告税

申請ステータス： 単身者 夫婦合算申告 世帯主

夫婦個別申告 (2つのフォームで申請)

連邦申告税からの調整後総所得：\$ _____

B. 給料とは別のその他の収入

その他の収入の年間推定額：\$ _____

オプション3：私は、財務情報の提供を拒否します。これにより、最大月額の\$100になることを理解しています。

署名

保護者の署名：	保護者署名日
---------	--------

保護者氏名 (楷書体)	
-------------	--

サービスコーディネーター

サービスコーディネーター氏名と住所	サービスコーディネーターの電話番号
-------------------	-------------------

事務局代表者の署名	事務局受信日
-----------	--------

ファーストステップシステム費用支払いのポリシーは、本フォームに同封されています。

初等および中等教育課においては、人種、肌の色、宗教、性別、性的嗜好、国籍、年齢、兵役状況、精神もしくは身体的障害、または該当プログラムおよびアクティビティの規定により禁止されているその他の項目に基づき、差別されることはありません。本課のプログラムに関して、および障害児童に対応しているサービス、アクティビティ、施設の場所に関する質問がある場合、次の連絡先まで直接お問い合わせください。Jefferson State Office Building, Director of Civil Rights Compliance and MOA Coordinator (Title VI/Title IX/504/ADA/ADAAA/Age Act/GINA/USDA Title VI), 5th Floor, 205 Jefferson Street, P.O.Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; 電話番号 573-526-4757 or TTY 800-735-2966; メールアドレス civilrights@dese.mo.gov.