



### 有關家庭成本參與的財務資訊

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

#### 說明

我們需要財務資訊以決定該家庭是否需要為參加「人生起步計畫」繳納月費。月費會參考戶口成員數量和家庭的調整後總收入，按比例收取。評估後，家庭支付費用最低為每月 5 美元，最高為每月 100 美元。

在舉行初始和年度個人化家庭服務計畫 (IFSP) 會議時，以及在戶口規模和收入出現變動時，我們會收集財務資訊。在收集財務資訊前，我們會為家長提供一份《人生起步計畫支付系統》保險單。

家長必須從下列三個選項中選取一項。家長必須在表格上簽名並署明日期，然後將其交回給服務協調員，以便我們確定月費的金額。服務協調員的聯絡資訊如下。

#### 確認

在檢閱《人生起步計畫支付系統》保險單後，我選擇以下選項：

**方案 1:** 本人確認：我的孩子享有 MO HealthNet/Medicaid 補助，我的家庭享受附加保障收入 (SSI) 補助、食品救濟券補助，或我的孩子處於寄養狀態。

**方案 2:** 本人保證戶口和收入資訊自簽署日開始準確無誤。

- 戶口規模 (戶口人數) : \_\_\_\_\_

- 收入資訊 (A、B 兩項均須填寫)

**A. 聯邦納稅申報表**

申報納稅身份:  單身  夫妻合併申報  戶長

夫妻分開申報 (填寫兩張表格)

聯邦納稅申報表顯示的調整後總收入: \_\_\_\_\_ 美元

**B. 薪酬存根 (及其他) 顯示的其他收入。**

其他收入的年度收入約為: \_\_\_\_\_ 美元

**方案 3:** 本人拒絕提供財務資訊，且本人明白，這樣做會導致最高 100 美元的月費。

#### 簽名

家長簽名	家長簽名日期
------	--------

家長正楷姓名
--------

#### 服務協調專員

服務協調專員姓名與地址	服務協調專員電話號碼
-------------	------------

機構代表簽名	機構收受日期
--------	--------

隨本表格附上一份《人生起步計畫支付系統》保險單。

中小學教育部不會因種族、膚色、宗教、性別、性取向、國籍、年齡、軍籍、精神或身體殘疾以及法律禁止的其他原因，在其計畫或活動中表示歧視。如需查詢部門計畫的相關資訊，以及殘疾人員所能參與享用的服務、活動以及設施的所在地點，請直接向傑佛遜政府辦公大樓，民事權利法遵總監和 MOA 協調員 (第六輯 / 第九輯 / 504 / ADA / ADAAA / 年齡法 / GINA / USDA 第十一輯) 進行諮詢，地址：5th Floor, 205 Jefferson Street, P.O.Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; 電話：573-526-4757 或電傳打字機：800-735-2966; 電子信箱：[civilrights@dese.mo.gov](mailto:civilrights@dese.mo.gov)。