

# “算我一个”

## 2024年财务援助申请表

1.	
儿童姓名	出生日期
儿童姓名	出生日期
儿童姓名	出生日期

2.		
EBT/SNAP 号码或 KTAP 号码	其他政府援助	军队验证
医疗卡号码	寄养儿童	

3. 请附上财务援助资格证明 (为方框1中列出的每位儿童准备方框2中任何文件或联邦纳税申报表的复印件)

4. 家庭成员和年收入: 如果您有方框2中的文件, 请跳过第4部分, 直接填写第5部分。如果您使用联邦纳税申报表, 才需要填写第4部分。

家庭成员姓名 包括上面没有列出的儿童	全年总计工作 收入 (扣除前)	来自福利付款、 子女抚养费 and 离异配 偶生活费的年收入	来自养老金、 退休金和社会保 障的年收入	任何其他年收入
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

5. **签字:** 我证明我是这份申请表申请事项儿童的家长/监护人, 所有以上信息真实正确。我也证明食品券或其他资格项目的个案号码最新、正确, 或者我已经报告了所有收入。我理解机构官员可能会验证我提供的信息和文件。

X  
成年家庭成员签字 \_\_\_\_\_ 打印体姓名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

家庭电话 \_\_\_\_\_ 工作电话 \_\_\_\_\_ 手机 \_\_\_\_\_

街道地址/公寓楼门牌号 \_\_\_\_\_ 城市/州/邮编 \_\_\_\_\_

6. **种族:** 请勾选参加者的种族或民族。这一部分不是必填项。

\_\_\_\_ 白人, 非西班牙裔 \_\_\_\_ 非洲裔美国人 \_\_\_\_ 西班牙裔 \_\_\_\_ 亚洲裔/太平洋岛民裔 \_\_\_\_ 美国印第安人/阿拉斯加原住民

仅供主办方使用, 请不要在这条线下面填写

申请:

\_\_\_\_ 批准 \_\_\_\_\_ 不批准

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
确定资格官员签字 日期 经理验证签字



**“算我一个” 财务援助申请说明**

财务援助根据收入或以下文件指导原则。

**2024年对财务援助的收入指导原则**

<u>家庭人数:</u>	<u>年收入</u>	<u>月收入</u>	<u>半月收入</u>	<u>每两周收入</u>	<u>周收入</u>
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
每增加一位家庭成员, 增加:	9,509	793	397	366	183

**食品券/K-TAP/医疗卡:** 如果您收到任何这类援助, 请按照说明填写这张表, 并向机构提供每位儿童的文件复印件。

**寄养儿童/军队验证:** 请提供收留寄养儿童验证或军事服役验证卡, 以便获得资格。

**所有其他家庭:** 如果您的家庭收入是或低于您的家庭人数对应的金额, 请完整填写申请表。我们会要求您提供以下信息, 并且您必须提供本年度或之前的年度联邦纳税申报表。(请把您纳税申报文件上的社保号码涂黑盖住)

**家庭人数:** 列出在您家居住的每个人的姓名, 包括: 父母、祖父母/外祖父母、所有儿童、其他亲属, 以及住在您家但没有血缘关系的人。

**年收入:** 列出您的家庭每年收到的总收入。也请列出每个人上一年度收到的收入金额(扣除税、社保之前)和来源(工资、退休金、福利等)。如果您家里一位成员的年收入比平常增加或减少了, 请列出他/她预计一般会收到的平均年收入。

**签字:** 一位成年家庭成员需签署申请表。

**验证:** 机构官员可能在全年的任何时间检查核对您在申请中填写的信息。

**报告变化:** 如果在一年中的任何时间您的情况发生变化, 请联系本机构。

**禁止歧视:** 不得因种族、性别、肤色、原国籍、宗教、年龄或残疾, 歧视任何儿童。

**保密:** 您提供的信息会予以保密, 将只用于确定资格和验证数据。