

聖荷西市休閒娛樂與社區服務部
2021 -2022 CDBG School Year Program (break camps)

父母/照顧人資訊

名字：_____ 中間名縮寫：_____ 姓氏：_____

地址：_____ 城市：_____ 郵遞區號：_____

電子郵件：_____

電話：_____ o 手機 o 住家

出生日期：月_____ 日_____ 年_____ 性別：_____

參加計劃的孩童總人數_____

與孩童的關係：_____

父母/照顧人 - 種族/族裔：(請勾選所有適用方框)

西語裔 否 是 (必須勾選其他種族選項)

- 白人 黑人
 亞裔 美國印第安人或阿拉斯加原住民 夏威夷原住民或其他太平洋島民
 美國印第安人或阿拉斯加原住民及白人
 亞裔與白人 黑人或非裔美國人及白人 美國印第安人或阿拉斯加原住民及黑人或非裔美國人
 其他：_____

父母/照顧人 - 母語：

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英語 | <input type="checkbox"/> 西班牙語 | <input type="checkbox"/> 越南語 |
| <input type="checkbox"/> 塔加拉語 | <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 粵語 |
| <input type="checkbox"/> 其他東亞語言 (例如：日語、韓語) | <input type="checkbox"/> 南亞語言 (例如：北印度語、旁遮普語、泰盧固語) | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

一般家庭資訊

下列問題可協助工作人員為各家庭和孩童尋找資源和活動。

- 與您同住的成人總共有幾名 (包含您自己在內)? _____
 1a. 與您同住的孩童總共有幾名? _____
- 以下哪一項最接近您家庭去年的總年收入? (請僅圈選一項)
 (收入= 薪資、政府補助金、社會安全福利、社會安全生活補助金 [SSI]、貧困家庭臨時援助/撫養未成年兒童家庭援助 [TANF/AFDC]、退休金、退伍軍人福利 [VA]、殘障福利、失業福利等)

| 總年收入% | 1人 | 2人 | 3人 | 4人 | 5人 | 6人 | 7人 | 8人 |
|------------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 極低收入 | | | | | | | | |
| 限制 (\$) | 34,800 | 39,800 | 44,750 | 49,700 | 53,700 | 57,700 | 61,650 | 65,650 |
| 非常低 (50%) | | | | | | | | |
| 收入限制 (\$) | 58,000 | 66,300 | 74,600 | 82,850 | 89,500 | 96,150 | 102,750 | 109,400 |
| 低 (80%) 收入 | | | | | | | | |
| 限制 (\$) | 82,450 | 94,200 | 106,000 | 117,750 | 127,200 | 136,600 | 146,050 | 155,450 |

Confidential

聖荷西市休閒娛樂與社區服務部

3) 為了為您提供服務，您必須證明您有受到 COVID-19 的影響。請註明您在疫情前後的就業狀態。

a) 您在 COVID-19 之前的就業狀態是什麼？（請僅勾選一個方框）

請填寫 COVID-19 之前的月收入總金額 \$_____

- 全職 失業、找工作中 其他；季節性工作／已退休
- 兼職 失業、沒有在找工作 拒絕回答

b) 您目前的就業狀態是什麼？（請僅勾選一個方框）

請填寫 COVID-19 期間的目前月收入 \$_____

- 全職 失業、找工作中 其他；季節性工作／已退休
- 兼職 失業、沒有在找工作 拒絕回答

工作人員說明

確認聲明

本人證明，本人的薪水由於 COVID-19 疫情的緣故而減少，因此本人付不出計劃的費用餘額。在下方簽名即代表本人確認本表格中的所有資訊均正確無誤且完整無缺。本人同意應要求提供額外證明文件以驗證需求。本人瞭解，蓄意和有意提供不實資訊可能會導致刑事起訴。

全名（正楷）

簽名

簽名日期

Confidential