



# York Catholic High School

---

601 E. Springettsbury Avenue, York, PA 17403  
717.846.8871 ♣ www.yorkcatholic.org

Dear Parents:

Please review the enclosed questions and simply indicate by a Yes or No if you meet the criteria. This information is very important to insure our continued participation in the Federal programs currently providing your children with a variety of materials and services. It is one of the few benefits they receive from your tax dollars, and we certainly do not want to lose it. Please return this form by September 1. All information will be kept in confidence.

Thank you for your assistance with this survey. Do not hesitate to contact us if you have any questions.

Sincerely,

Adrienne K. Seufert  
Principal

Estimados Padres:

Favor de leer las preguntas adjuntas y simplemente indiquen con un "si" o un "no" si ustedes cumplen con el criterio adjunto. Esta información es muy importante para asegurar nuestra participación en los programas federales que actualmente están proveyendo a sus hijos con una variedad de materiales y servicios. Estos son unos de los pocos beneficios que ellos reciben con la contribución de sus impuestos y desde luego no desearíamos que ellos perdieran esta oportunidad. Favor de devolver este formulario lo más pronto posible. Toda la información quedará confidencial.

Gracias por su ayuda con esta encuesta. Si tiene alguna pregunta no se demore en llamarnos.

Atentamente,

Adrienne K. Seufert  
EL DIRECTOR

## FAMILY SURVEY

A) Find your Household size (number of people residing in your home) and the corresponding yearly income level listed beside it on the chart **printed below**.

**Note:** If you are paid on a weekly or monthly basis, please multiply that amount into an annual figure for comparison based on the weeks or months you actually work each year.

### FAMILY INCOME

Household Size	Yearly
1 *	\$21,978
2	29,637
3	37,296
4	44,955
5	52,614
6	60,273
7	67,951
8	75,647
Each Additional Member:	+ 7,696

\* The number for household members could include a foster child, an emancipated youth, or a special education child over 18.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
Is your annual income, based on household size, <u>less</u> than the amount shown above?	_____	_____
Is your family eligible for food stamps?	_____	_____
B) Are you receiving assistance under the Temporary Assistance for Needy Families (TANF) (Public Assistance)?	_____	_____
C) Are any of your children eligible to receive medical assistance under the Medicaid program?	_____	_____

D) \_\_\_\_\_ Please check here if you do not wish to share this information in writing or have questions concerning this survey. Please write a phone number where you can be reached \_\_\_\_\_.

**Please Complete:**

Name: (print) \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Names & grades of children attending our school:**


Public school district where you reside: \_\_\_\_\_

Public school your child/ren would attend: \_\_\_\_\_

## ENCUESTA FAMILIAR

**A)** Encuentre el número que indica la cantidad de personas en su familia y su ingreso anual en la lista que encuentra al lado de la tabla localizada abajo.

**NUMERO DE PERSONAS**

EN LA FAMILIA

INGRESO ANUAL

uno *	\$ 21,775*	Este puede ser un hijo
dos	\$ 29,471	adoptivo, un joven
tres	\$ 37,167	independiente, o un hijo
cuatro	\$ 44,863	sobre la edad de 18 años
cinco	\$ 52,559	que requiera educación
seis	\$ 60,255	especial.
siete	\$ 67,951	
ocho	\$ 75,647	

Por cada miembro familiar adicional, añada \$7,696.

**Nota:** Si usted es pagado semanalmente multiplique esa cantidad por el número de semanas que usted trabaja en un año. Si usted es pagado mensualmente, multiplique esa cantidad por el número de meses que usted trabaja en un año.

Es su ingreso anual menos que esta cantidad?      SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

Llena su familia los requisitos para recibir cupones de alimentos?      SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

**B)** Recibe usted asistencia de dinero (TANF) conocido antes como asistencia bajo el programa de ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC)      SI \_\_\_\_\_ (Asistencia pública)  
NO \_\_\_\_\_

**C)** Llena alguno de sus hijos los requisitos para recibir asistencia médica bajo el programa "Medicaid" (Seguro de enfermedad)?      SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

**D)** No hemos contestado las preguntas porque no queremos dar esta información por escrito.      SI \_\_\_\_\_

Apellido de la familia (escriba en letra de molde):

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Distrito escolar donde usted reside: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre y el nivel de curso de sus hijos que asisten a nuestra escuela:

\_\_\_\_\_