



York Catholic High School

601 E. Springettsbury Avenue, York, PA 17403
717-846-8871 ♣ www.yorkcatholic.org

August 22, 2018

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 August 30, 2018. 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,

Katie Seufert
Principal

22 de agosto de 2018

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. Por favor devuelva este formulario antes del **30 de agosto de 2018**. Toda la información quedará confidencial.

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

Atentamente,

Katie Seufert
Director de Escuela

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.

Household Size	Yearly
1 *	\$22,459
2	30,451
3	38,443
4	46,435
5	54,427
6	62,419
7	70,411
8	78,403
Each Additional Member:	+ 7,992

*** 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, less 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 if you 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

uno *

dos

tres

cuatro

cinco

seis

siete

ocho

INGRESO ANUAL

\$ 22,459 * Este puede ser un hijo

\$ 30,451 adoptivo, un joven

\$ 38,443 independiente, o un hijo

\$ 46,435 sobre la edad de 18 años

\$ 54,427 que requiera educación

\$ 62,419 especial.

\$ 70,411

\$ 78,403

Por cada miembro familiar adicional, añada \$7,992.

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:
