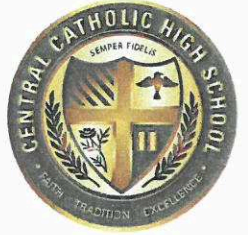


Allentown Central Catholic High School, Inc.



301 North 4th Street
Allentown, PA 18102
P 610-437-4601
F 610-437-6760
www.acchs.info

Dear Parents:

Allentown Central Catholic High School participates in several Federal programs that provide your children with a variety of materials and services. It is one of the few ways in which they receive benefits from your tax dollars and we certainly don't want to lose this benefit. Please review the enclosed survey and simply answer Yes or No to the questions. This information is very important for us to continue receiving support from these programs. It is required before we can participate in Federal programs. All information will be kept in confidence.

Please return the form by **Friday, September 9, 2022**. Don't hesitate to call us if you have any questions about the survey.

Thank you for your assistance.

Sincerely,

Randy R. Rice
Principal

FAMILY SURVEY

Persons in Family or Household Size	Annual Income
1	\$23,606
2	31,894
3	40,182
4	48,470
5	56,758
6	65,046
7	73,334
8	81,622
For each Additional Family Member Add	\$ 8,288
This may be a foster child, an emancipated youth, or a special education child over age 18	

Find your family size and the annual gross income level (at or below) listed beside it on the chart printed above.
 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.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | YES | NO |
| A) Is your annual income less than this amount? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) Is your family eligible for SNAP
(Supplemental Nutrition Assistance Program,
formerly food stamps)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) Are you receiving TANF Cash Assistance?
(Formerly AFDC or Public Assistance) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) Are any of your children eligible to receive
medical assistance under the Medicaid
program? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E) We have not checked any of the above boxes because
We do not wish to share this information in writing. | <input type="checkbox"/> | |

Parent/Guardian Full Name (print): _____

Address: _____

Public school district in which you reside: _____

List names and Date of Birth of your children in our school:

Allentown Central Catholic High School, Inc.



301 North 4th Street
Allentown, PA 18102
P 610-437-4601
F 610-437-6760
www.acchs.info

Estimados Padres:

Allentown Central Catholic High School participa en varios programas Federales que le provee a sus hijos con una variedad de materiales y servicios. Esta es una de las maneras que ellos recibirán beneficios de los impuestos que ustedes pagan cada año y definitivamente no lo queremos perder. Por favor revise este formulario que le hemos enviado y simplemente conteste si o no a las preguntas. Esta información es bien importante para nosotros seguir recibiendo apoyo de estos programas. Se requiere esta información antes que podamos recibir asistencia Federal. Toda la información será confidencial.

Por favor regrese el formulario **Viernes, 9 del Septiembre 2022**. Si tienen alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros.

Gracias por su cooperación.

Sinceramente,

A handwritten signature in black ink that reads 'Randy R. Rice'.

Randy R. Rice
El Director

ENCUESTA FAMILIAR

Numero De Personas en la Familia	Ingreso Anual
1	\$23,606
2	31,894
3	40,182
4	48,470
5	56,758
6	65,046
7	73,334
8	81,622
Por cada Miembro Familiar Adicional, Añada	\$ 8,288
Este puede ser un hijo adoptivo, un joven independiente, o un hijo sobre la edad de 18 años que requiera educación especial	

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

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.

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A) Es su ingreso anual menos que esta cantidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) Llena su familia los requisitos para recibir cupones de alimentos, (SNAP)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) Recibe usted asistencia de dinero (TANF) conocido antes como asistencia bajo el programa de ayuda para familias con hijos dependientes (AFDC)? (Asistencia pública) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) Llena alguno de sus hijos los requisitos para recibir asistencia médica bajo el programa "Medicaid" (Seguro de enfermedad)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E) No hemos contestado las preguntas porque no queremos dar esta información por escrito. | <input type="checkbox"/> | |

Nombre de Padre O Tutor (escriba en letra de molde): _____

Dirección: _____

Distrito escolar donde usted reside: _____

Escriba el nombre y Fecha de nacimiento de sus hijos que asisten a nuestra escuela:
