

Tên Khách hàng	RC #	UCI #	Năm Tài chính Định mức	Khoản phí đã Thanh toán

(Xin cung cấp thông tin về những người anh chị em ruột tiếp nhận các dịch vụ của trung tâm khu vực trên mặt sau.)

Quý vị đã được định mức Phí Chương trình Gia đình Hàng năm là \$\_\_\_\_\_ cho các dịch vụ cung cấp cho con của quý vị. Phí này được phê chuẩn theo luật của tiểu bang (Bộ luật Phúc lợi và Định chế mục 4785). Mỗi gia đình được định một mức phí bất kể số trẻ tiếp nhận các dịch vụ là bao nhiêu. Đây là một khoản phí hàng năm. Mức thu nhập hàng năm được sử dụng để định mức phí của quý vị tùy thuộc vào số người trong gia đình của quý vị. Xin vui lòng tham khảo bảng trên mặt sau của mẫu đơn này để xác định mức phí quý vị.

Nếu quý vị nghĩ mình lẽ ra phải có một mức phí thấp hơn, hãy liên hệ trung tâm khu vực của quý vị về các giấy tờ cần thiết để họ xác định xem quý vị có đủ tiêu chuẩn để có một mức phí thấp hơn hay không.

Bộ luật Phúc lợi và Định chế Mục 4710.5 cho các bậc cha mẹ cơ hội yêu cầu điều trần công bằng nếu quý vị không đồng ý với định mức phí của mình. Nếu quý vị muốn mức phí của mình được xem xét lại theo luật này, quý vị phải hoàn thành một mẫu Yêu cầu Điều trần Công bằng trong vòng 30 ngày kể từ ngày định mức. Quý vị có thể lấy mẫu này từ trung tâm khu vực, hoặc từ trang web của sở [www.dds.ca.gov](http://www.dds.ca.gov), mẫu số DS1805.

Hạn thanh toán là ngay sau khi nhận được thông báo này. Xin vui lòng gửi kèm phần dưới của mẫu này khi quý vị gửi séc hoặc phiếu chuyển tiền, và gửi đến "DDS—Annual Family Program Fee". Xin vui lòng điền các số UCI và RC trên đây lên séc hoặc phiếu chuyển tiền của quý vị.  
\*\*Bạn cũng có thể thanh toán bằng thẻ Visa hoặc Mastercard bằng cách gọi 800-862-0007.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về mức phí của mình, xin vui lòng liên hệ trung tâm khu vực của quý vị.

**CHÚ Ý: TÁCH RỜI VÀ GỬI PHẦN DƯỚI CỦA MẪU NÀY KÈM VỚI THANH TOÁN CỦA QUÝ VỊ ĐỂ ĐẢM BẢO VIỆC XÁC NHẬN ĐƯỢC CHÍNH XÁC**

### Phí Chương trình Gia đình Hàng năm – MẪU THANH TOÁN

Nêu rõ Trung tâm Khu vực và số UCI # trong tất cả các truy vấn và thanh toán.

Tên Khách hàng	RC #	UCI #	Năm Tài chính Định mức	Khoản phí đã Thanh toán

(Xin vui lòng cung cấp thông tin về những người anh chị em ruột tiếp nhận các dịch vụ của trung tâm khu vực trên mặt sau.)

(Thông tin Bảo mật về Khách hàng – xem Bộ luật Phúc lợi và Định chế của tiểu bang California 4514)

Gửi đến: State of California  
Department of Developmental  
Services Annual Family Program  
Fee Accounting Section, Room  
310, MS 3-7 P. O. Box 944202  
Sacramento, CA 94244-2020

Mỗi gia đình có một hay nhiều trẻ tiếp nhận các dịch vụ qua trung tâm khu vực thuộc diện phải đóng Phí Chương trình Gia đình Hàng năm đều được định một mức phí hàng năm duy nhất. Xin vui lòng cung cấp thông tin về những người anh chị em ruột tiếp nhận các dịch vụ của trung tâm vùng trên mặt sau.

Tên Khách hàng	RC #	UCI #

Các gia đình với thu nhập hàng năm ở 800% Mức Nghèo khó Liên bang (FPL) trở lên được định mức phí hàng năm là \$200. Các gia đình với thu nhập từ 400 đến 799% FPL được định mức phí hàng năm là \$150. Các gia đình với thu nhập dưới 400% FPL không bị tính phí. Xin vui lòng sử dụng bảng dưới đây để ước tính khoản phí của quý vị dựa trên số người trong gia đình và thu nhập hàng năm của cha mẹ. Nếu quý vị cho rằng với mức thu nhập của mình đủ điều kiện để có một mức phí thấp hơn, xin vui lòng liên hệ với trung tâm khu vực của quý vị.

SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH	THU NHẬP HÀNG NĂM	PHÍ	THU NHẬP HÀNG NĂM	PHÍ	THU NHẬP HÀNG NĂM	PHÍ
2	\$0 - \$ 64,959	<b>\$0</b>	\$ 64,960 - \$129,919	<b>\$150</b>	\$129,920 - Over	<b>\$200</b>
3	\$0 - \$ 81,679	<b>\$0</b>	\$ 81,680 - \$163,359	<b>\$150</b>	\$163,360 - Over	<b>\$200</b>
4	\$0 - \$ 98,399	<b>\$0</b>	\$ 98,400 - \$196,799	<b>\$150</b>	\$196,800 - Over	<b>\$200</b>
5	\$0 - \$115,119	<b>\$0</b>	\$115,120 - \$230,239	<b>\$150</b>	\$230,240 - Over	<b>\$200</b>
6	\$0 - \$131,839	<b>\$0</b>	\$131,840 - \$263,679	<b>\$150</b>	\$263,680 - Over	<b>\$200</b>

Gia đình có số người nhiều hơn ở trên hãy xem trang web DDS: [www.dds.ca.gov](http://www.dds.ca.gov)

Xin vui lòng cung cấp thông tin về những người anh chị em ruột tiếp nhận các dịch vụ của trung tâm vùng trên mặt sau.

Tên Khách hàng	RC #	UCI #