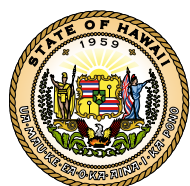




Executive Office on Early Learning
公立プレキンダーガーテンプログラム

申請書

2024～2025学年度





Executive Office on Early Learning (EOEL: 早期学習事務局)
公立プレキンダーガーテンプログラム
2024~2025学年度

申請書類一式

2024~2025年の参加校

申請をする学校ごとに、必要事項を記入した申請書一式を提出してください。



O'ahu

- 'Aiea
- * 'Āina Haina
- * Ala Wai
- * Alvah Scott
- * Benjamin Parker
- ** Blanche Pope
- Fern
- * Hahaione
- Haleiwa
- Honowai
- * Iliahi
- * Ka'ala
- Ka'ewai
- * Kahala
- Kailua
- * Kainalu
- Kalihi Uka
- Kapālama
- * Kauluwela
- Keolu
- * Koko Head
- * Lanakila
- * Leihōkū
- Likelike
- Linapuni
- Lincoln
- * Leihōkū
- Nānāikapono
- Nānākuli
- * Noelani
- Pālolo
- * Pearl City
- * Pearl Harbor Kai
- * Prince Jonah Kūhiō
- Pu'uhale
- * Red Hill
- * Solomon
- Sunset Beach
- Wahiawā
- Waiāhole
- Wai'anae
- Waialua
- Waimānalo



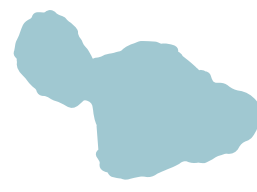
Hawai'i

- Chiefess Kapi'olani
- Hilo Union
- Hōnaunau
- Honoka'a
- Ho'okena
- * Kahakai
- Kea'au
- Keonepoko
- Kohala
- Konawaena
- Mountain View
- Nā'ālehu
- * Pa'auilo
- Pāhoa
- * Waimea



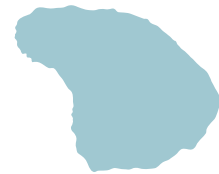
Kaua'i

- 'Ele'ele
- * Kapa'a
- Kekaha
- Kilauea



Maui

- * Ha'ikū
- Hāna
- Kīhei
- * King Kamehameha III
- Kula
- Pukalani
- * Princess Nahi'en'aena
- Wailuku



Lāna'i

- ** Lāna'i



Moloka'i

- Kaunakakai
- Kilohana
- * Maunaloa

*2024-2025学年度の新設校を示します。

**EOEL EnglishとEOEL Hawaiian Language Prekindergartenの両方のプログラムがあることを示します。

資格要件と申込みについて

2024～2025学年度



EOEL公立プレキンダーガーデンプログラムにご興味をお持ちいただきありがとうございます。プログラムの資格要件、申請要件、受け入れおよび入学手続きについては、以下の情報をお読みください。

私の子供はこのプログラムを受ける資格がありますか。

今学年度の7月31日以前に3歳または4歳になっている必要があります。2024～2025学年度については、2019年8月1日～2021年7月31日生まれの子供が対象となります。年齢要件に加えて、プログラムへの優先的な受け入れ分野をご覧ください。

申請書はいつから提出できますか。

申請書は、2024年3月1日から学校に提出できます。参加資格の審査には、申請書一式の提出が必要です。不備のある書類は返却され、一式を再提出しなければなりません。

各クラスには何人の子供がいますか。

各クラスの定員は、教室の面積によって決まります。ただし、各クラスの定員は20名までです。（予期せぬ事態から発生することにより、子供とスタッフの健康と安全のニーズに対応するため、クラスの人数を変更することがあります。最新情報については出願校に確認してください。）

定員に限りがありますので、お早めに申請書と必要書類をご提出ください。

申請書と必要書類はどの学校に提出しますか。

添付の申請書に必要事項を記入し、必要書類を添えて、お子さんの入学を希望する学校に提出してください。学校のリストは添付されています。

EOEL公立プレキンダーガーデンプログラムには地理的な例外は求められません。ただし、**就学指定校**に申請する子供が優先されます。これは、学校の地理的境界線内に住んでいる子供です。最寄りの学校に連絡し、自宅がその学校の通学区域内にあるかどうかを確認してください。

学校に提出するものは何ですか。

書類一式には、申請書「**Application Checklist (申請チェックリスト)**」に記載されているすべての書類が含まれます。必要書類がすべて揃っていない場合、申請は受理されません。また、**書類一式に返信用封筒（切手貼付）も添付してください。**

子供はどのようにしてこのプログラムを受ける資格を得ますか。

年齢要件の他に、以下のいずれかに該当する（ただしこれらに限定されない）子供が優先されます。

- **障害者自立支援法 (IDEA) に基づく特別支援教育**を受ける資格があり、一般教育のクラス分けが必要な子供
- **第二言語として英語を学ぶ子供**
- **里親制度**下の子供
- **ホームレスや不安定な住居**を経験している子供（ホームレスの定義については次ページを参照）
- **年間／月間総世帯収入が連邦貧困ガイドラインの300%以下**、または貧困家庭を対象とした公的扶助制度(**TANF: Temporary Assistance for Needy Families**)、および／または補助的栄養支援制度 (**SNAP: Supplemental Nutrition Assistance Program**) を受給している家族（収入の目安表は次ページ参照）
- **学習や発達に影響を及ぼすような危険な状況にある子供**

*対象となる世帯収入のガイドライン

家族の人数	月間総収入の上限*	年間 総収入の上限*
2	\$5,875	\$70,500
3	\$7,422	\$89,070
4	\$8,970	\$107,640
5	\$10,517	\$126,210
6	\$12,065	\$144,780
7	\$13,612	\$163,350
8	\$15,160	\$181,920
9	\$16,707	\$200,490
10	\$18,225	\$219,060

*2024年1月現在、ハワイ州の連邦貧困ガイドライン (FPG) の300%。

「ホームレス」とは。

「ホームレス」とは、固定された、定期的かつ適切な夜間の住居を持たない個人を意味(42USCS第11302条(a)(1)の意味において)し、以下を含む:

緊急一時宿泊施設に収容されていない: 夜間の定宿がなく、キャンプ場、車中、ビーチや公園、廃屋、路上、その他不十分な生活空間で生活している。

緊急一時宿泊施設: 緊急一時宿泊施設、一時保護施設、あるいは家庭内暴力から逃れるための避難所で生活している。

ホテル/モーテル: 他に適当な住居がないため、ホテルやモーテルで生活している (入居待ちの軍人のための一時的な宿泊施設は除く)。

相部屋: 住居を失ったため、または経済的困難の結果、一時的に家族または他の人と同居している。

もし子供がプログラムに合格した場合、学校のスケジュールはどうなりますか。

EOEL公立プレキンダーガーテンプログラムの授業スケジュールは、DOEの年間スケジュールに基づいており、キンダーガーテン全日制のスケジュールと一致しています。通常、ほとんどの学校は午前8時に始まり、午後2時頃に終わります。具体的な時間については、出願校にお問い合わせください。

学校が始まる前や放課後のケアについてはどうですか。

現在、EOEL公立プレキンダーガーテンプログラムの子供たちは、幼稚園児から5年生/6年生までのDOEの児童に提供されている学校が始まる前または放課後のケアには該当しません。

DOEプログラムの子供のバス送迎についてはどうですか。

現在、EOELの公立プレキンダーガーテンプログラムの子供たちは、幼稚園児から5年生/6年生までのDOEから提供されている児童へのバス送迎は該当しません。

優先カテゴリーと就学指定校日程への優遇

3月1日～5月31日: 就学指定校の地理的地域内の優先カテゴリー

6月1～9月30日: 優先カテゴリー

10月1日～学年度の最終日: 自由入学方式

3月1日から5月31日までに受け取った申請書については、優先カテゴリーに該当し、就学指定校の地理的地域内で申請している子供に入学が許可されます。通知は6月の第1週に送付されます。

- 6月1日から9月30日までに受け取った申請書については、優先カテゴリーに該当し (空席がある場合)、どの地域に居住する子供にも入学資格が与えられます。通知は10月の第1週に送付されます。
- 10月1日～学年度の最終日までの間に受け取った申請書については、先着順で入学が許可されます (空席がある場合)。申請書が処理され次第、通知が送付されます。

学校が保護者宛に可否通知を送付します。入学許可書には、保護者に学校事務所で入学手続きをするよう指示があります。必要な入学申請書は、子供の登校初日までに記入の上、提出してください。

子供と家族を支援するその他のプログラム

アーリーヘッドスタート

アーリーヘッドスタート (EHS) は、健康、教育、家族支援、家族参加に関するサービスやリソースを、有資格所得の子供たちに提供します。

EHSは妊婦、乳幼児とその家族にサービスを提供しています。サービスは毎日教室で（半日または全日）、または週1回の家庭訪問で提供されます。

半日プログラム（午前8時～午後2時）は無料、全日プログラムは手頃な料金で提供されています。特別な支援を必要とする子供、里親制度下にある子供、ホームレス状態にある子供は、EHSプログラムで優先的に扱われます。

YOUR 'OHANA Programs (ユア・オハナ・プログラム)

ユア・オハナ・プログラム（無料）は、任意の家庭訪問プログラムで、あなたとあなたのご家族の健康、子供の発達、就学準備をサポートします。訓練を受けた専門家との定期的な訪問を通じて、家族のウェルビーイングを守る方法を学びましょう。

ユア・オハナ・プログラムは、妊婦、0歳から5歳までの子供、そしてその家族を対象としています。

ユア・オハナ・プログラムは、以下の郵便番号地域にお住まいの家族を対象としています。オアフ島、ハワイ島、マウイ郡、カウアイ島の詳細なサービスエリアマップはオンラインで入手できます。

島名	郵便番号地域（斜体で示された地域は一部提供の地域です）
オアフ島	ダウンタウン／カリヒ地区：96817、96819 ワヒアワー地区：96786、96789、 96857 ワイアナエ地区： 96792
マウイ島	96732, 96753, 96779, 96793
ハワイ島	ハワイ島東部 <i>96710、96720、96728、96749、96760、96771、96778、96781、96783、96785</i> ハワイ島西部 <i>96704、96725、96726、96740、96750</i>
カウアイ島	<i>96705, 96741, 96756, 96765</i>
モロカイ島	96729, 96748, 96757, 96770
ラナイ島	96763

ユア・オハナに関する詳細情報（連絡先、資格情報など）については、ユア・オハナ（Your 'Ohana）のウェブサイトアクセスし、「Enroll Today（今すぐ登録）」をクリックしてください。また、EOELのウェブサイトでは、低料金から無料の幼児期の発達と学習プログラムに関する情報もご覧いただけます。

申請書チェックリスト

保護者用（2024～2025学年度）

_____ EOEL公立プレキンダーガーテンプログラムの各校から申請書一式を入手するか、EOEL公立プリキンダーガーテンプログラムのページ <http://earlylearning.hawaii.gov> から申請書をダウンロードする。

_____ 就学指定校に申し込むかどうかを確認する。不明な場合は、学校の地理的な範囲内に居住しているかどうかを学校に問い合わせてください。その際、居住証明としてどのような書類が認められるか尋ねましょう。また、各書類のコピーも取ると良いでしょう。

_____ 以下の年齢を確認できる書類のうち1点のコピーを取る。

- **出生証明書**、州保健局発行の公的コピー（病院の書類、出生記録、および要約書は受け付けていません）
- もしくは**パスポート**

_____ 「Questionnaire to Determine Eligibility MV1（適正判断のための質問票）」フォームに必要事項を記入し、添付する。

_____ 各親／法定代理人に関する、以下の証明書類のうち少なくとも1点のコピーを取る。EOEL公立プレキンダーガーテンプログラムに申し込まれる家族は、申請書に記載された保護者／法定後見人それぞれの財政書類を提出する必要がありますのでご注意ください。

- 2023年署名入り連邦所得税申告書「Form 1040」（2ページ）。ソーシャルセキュリティー番号はすべて削除してください。
- 福祉局（DHS：Department of Human Services）「Form 1463」（情報請求）
- 補助的栄養支援プログラム（SNAP）および／または貧困家庭一時扶助（TANF）の給付検証
- すでに受け取っているかもしれないSNAPおよび／またはTANFの受給資格をDHSが確認するための正式な書類
- 社会保障庁（SSA）からのBenefit Verification Letter（給付内容検証書）は、SSI（Supplemental Security Income、補足的保障所得）の受給資格を証明するものです。この書類は「予算書」、「給付書簡」、「収入証明書」、「支給証明書」と呼ばれることもあります。
- 福祉局（DHS：Department of Human Services）による里親養育の証明書類。

_____ 申請書に記入する。

_____ 各申請書に返信用封筒（切手貼付）を添付する。

_____ 必要書類一式（必要事項を記入、署名、日付を記入した申請書と必要書類のコピーを含む）を申し込みをする学校に提出する

プログラム参加資格の通知は、申請書に記載された住所に郵送されます。

**必要事項を記入し、署名、日付が記載されている申請書を必ず提出してください。
不備のある書類は返却され、一式を再提出しなければなりません。**

他にご質問はありませんか。申し込みをした学校またはEOEL（808-784-5350またはEOEL.Info@eoel.hawaii.gov）までお問い合わせください。



Executive
Office on
Early
Learning
STATE OF HAWAII

Executive Office on Early Learning
(EOEL: 早期学習事務局)
公立プレキンダーガーデン
プログラム申請書
2024~2025学年度

年齢資格と優先カテゴリー

今年度の7月31日以前に3歳になっている必要があります。

2024~2025学年度については、子供の誕生日が2019年8月1日~2021年7月31日の間でなければなりません。

以下のいずれかに該当する子供が優先されます。

あなたと子供の状況に当てはまると思われる優先順位のカテゴリーを確認してください。

追加書類が必要になりますのでご注意ください。

該当するものすべてにチェックマークを入れてください:

- 一般教育の環境の中で個別教育プログラムに置かれた子供
- 第二言語として英語を学ぶ子供
- 里親制度下の子供
- ホームレスや不安定な住居を経験している子供
- 世帯収入が連邦貧困水準の300%以下、または貧困家庭を対象とした公的扶助制度 (TANF: Temporary Assistance for Needy Families) および/または補助的栄養支援制度 (SNAP: Supplemental Nutrition Assistance Program) を受けている子供
- 発達や学習に影響を及ぼすような危険な状況にいる子供

その他、本申請書の審査に際して考慮されたい情報を自由に記入してください。

必要書類

申請手続きに必要な書類。

1. 記入済みのEOEL申請書と保護者/法定後見人の署名
2. 子供/申請者の出生証明書またはパスポート
3. ホームレスまたは不安定な住居: 「Questionnaire to Determine Eligibility MV1 (MV1資格判定調査票)」フォームに必要事項を記入
4. 障害者自立支援法 (IDEA) のサービス (特別支援教育) と一般教育のクラス分けEOELが適切な書類を提供できるよう、学校事務室にお知らせください。
5. 里親制度: 福祉局 (DHS: Department of Human Services) の書類。
6. 申請書に記載された保護者/法定後見人の収入証明書: 2023年Federal Income Tax Return Form 1040 (連邦所得税申告書1040) (署名入り、2ページ) または福祉局 (DHS: Department of Human Services) 検証書類。里親は収入証明書を提出する必要はありません。
7. 養子縁組または法定後見制度: 法的書類と、場合によっては追加書類。
8. その他の危険な状況: 追加書類が必要になる場合もあります。学校事務室にお問い合わせください。

申請書は可能であれば、英語で記入してください。

子供の情報

子供に関する情報

申請する学校名

子供の本名

生年月日

性別

お子さんが最初に覚えた言語は何ですか。

家庭で最もよく使われている言語は何ですか。

お子さんが最もよく使う言語は何ですか。

現住所:

番地
市/州/郵便番号

郵送先住所（異なる場合）

第一保護者/法定後見人

お子さんの第一保護者/法定後見人に関する情報

第一保護者/法定後見人の氏名

子供との続柄:

保護者 後見人 里親

配偶者の有無

未婚 既婚 離婚 別居 死別

その他

雇用状況:

雇用 無職

住居住所

番地
市/州/郵便番号

郵送先住所（異なる場合）

自宅電話番号

携帯電話番号

電話番号

Eメールアドレス

第二保護者/法定後見人

お子さんの第二保護者/法定後見人に関する情報

第二保護者/法定後見人の氏名

子供との続柄:

保護者 後見人 里親

配偶者の有無

未婚 既婚 離婚 別居 死別

その他

雇用状況:

雇用 無職

住居住所

番地
市/州/郵便番号

郵送先住所（異なる場合）

自宅電話番号

携帯電話番号

その他の電話番号

Eメールアドレス

アーリーヘッドスタートサービス

出生から2歳までの乳幼児、および妊産婦対象

私は、乳幼児や私自身のためのアーリーヘッドスタートサービスに興味があります。

注意: アーリーヘッドスタートは、EOEL公立プレキンダーガーテンプログラムには含まれません。このプログラムは、連邦政府から資金援助を受けている民間機関が、手頃な料金で、あるいは家族の負担なしで運営しています。上記のボックスにチェックを入れることで、私の連絡先情報と共有することに同意します。

ユア・オハナ・プログラム（家庭訪問）

出生から5歳までの乳幼児、および妊産婦対象

私は、家族、ケイキ（子供）、または私自身のための「オハナプログラム」に興味があります。

注意: ユア・オハナ・プログラムはEOEL公立プレキンダーガーテンプログラムの一部ではありません。これらのプログラムは保健省の支援を受けており、家族には無料で提供されます。上記のボックスにチェックを入れることで、私の連絡先情報をオハナプログラムと共有することに同意します。

ここに署名してください（必須）

必ずお読みいただき、署名と日付の記入をお願いします。

本申請書および添付書類に記載された情報は、私の知る限り完全かつ真実であることをここに証明します。私は、申請書を完成させるため、要求に応じて追加情報や書類を提供することに同意します。

第一保護者/法定後見人 署名

日付

第二保護者/法定後見人 署名

日付

申請書は可能であれば、英語で記入してください。

例: 連邦所得税申告書1040

Form 1040 U.S. Individual Income Tax Return **2023** (OMB No. 1545-0074) (IRS Use Only—Do not write or staple in this space)

For the year Jan. 1-Dec. 31, 2023, or other tax year beginning _____, 2023, ending _____, 2023

Your first name and middle initial _____ Last name _____ Your social security number _____

If joint return, spouse's first name and middle initial _____ Last name _____ Spouse's social security number _____

Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions. _____ Apt. no. _____

City, town, or post office. If you have a foreign address, also complete spaces below. _____ State _____ ZIP code _____

Foreign country name _____ Foreign province/state/country _____ Foreign postal code _____

Filing Status
 Single Head of household (HOH)
 Married filing jointly (even if only one had income) Married filing separately (MFS) Qualifying surviving spouse (QSS)
 Spouse as a dependent Your spouse as a dependent
 If you checked the MFS box, enter the name of your spouse. If you checked the HOH or QSS box, enter the child's name if the qualifying person is a child but not your dependent.

Digital Assets At any time during 2023, did you: (a) receive (as a reward, award, or payment for property or services); or (b) sell, exchange, or otherwise dispose of a digital asset (or a financial interest in a digital asset)? (See instructions.) Yes No

Standard Deduction Someone can claim: You as a dependent Your spouse as a dependent Spouse itemizes on a separate return or you were a dual-status alien

Age/Blindness You: Were born before January 2, 1959 Are blind Spouse: Was born before January 2, 1959 Is blind

Dependents (see instructions): (1) First name _____ Last name _____ (2) Social security number _____ (3) Relationship to you _____ (4) Check the box if qualifies for (see instructions): Child tax credit Credit for other dependents

Income
 1a Total amount from Form(s) W-2, box 1 (see instructions) 1a
 b Household employee wages not reported on Form(s) W-2 1b
 c Tip income not reported on line 1a (see instructions) 1c
 d Medicaid waiver payments not reported on Form(s) W-2 (see instructions) 1d
 e Taxable dependent care benefits from Form 2441, line 2e 1e
 f Employer-provided adoption benefits from Form 8839, line 2f 1f
 g Wages from Form 9819, line 6g 1g
 h Other earned income (see instructions) 1h
 i Nontaxable combat pay election (see instructions) 1i
 z Add lines 1a through 1h 1z

Attach Sch. B if required.
 2a Tax-exempt interest 2a
 3a Qualified dividends 3a
 4a IRA distributions 4a
 5a Pensions and annuities 5a
 6a Social security benefits 6a

Standard Deduction for—
 Single or Married filing separately, \$13,850
 Married filing jointly or Qualifying surviving spouse, \$27,700
 Head of household, \$20,800
 *If you checked any box under Standard Deduction, see instructions.

2b Taxable interest 2b
 3b Ordinary dividends 3b
 4b Taxable amount 4b
 5b Taxable amount 5b
 6b Taxable amount 6b
 7 Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required. If not required, check here 7
 8 Additional income from Schedule 1, line 10 8
 9 Add lines 1z, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7, and 8. This is your total income 9
 10 Adjustments to income from Schedule 1, line 26 10
 11 Subtract line 10 from line 9. This is your adjusted gross income 11
 12 Standard deduction or itemized deductions (from Schedule A) 12
 13 Qualified business income deduction from Form 8995 or Form 8995-A 13
 14 Add lines 12 and 13 14
 15 Subtract line 14 from line 11. If zero or less, enter -0-. This is your taxable income 15

For Disclosure, Privacy Act, and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 11320B Form 1040 (2023)

申請書と一緒にForm 1040を提出する場合:

すべての社会保障番号を見えないように削除してください。

署名入りの2023年連邦所得税申告書 (Form 1040) の全ページを提出してください (表示の2ページ)

署名入りの2023年連邦所得税申告書 (Form 1040) のみが (2ページ) が受理されます。

Form 1040 (2023) Page 2

Tax and Credits
 16 Tax (see instructions). Check if any from Form(s): 1 6814 2 4972 3 16
 17 Amount from Schedule 2, line 3 17
 18 Add lines 16 and 17 18
 19 Child tax credit or credit for other dependents from Schedule 6812 19
 20 Amount from Schedule 3, line 8 20
 21 Add lines 19 and 20 21
 22 Subtract line 21 from line 18. If zero or less, enter -0- 22
 23 Other taxes, including self-employment tax, from Schedule 2, line 21 23
 24 Add lines 22 and 23. This is your total tax 24

Payments
 25 Federal income tax withheld from:
 a Form(s) W-2 25a
 b Form(s) 1099 25b
 c Other forms (see instructions) 25c
 d Add lines 25a through 25c 25d
 26 2023 estimated tax payments and amount applied from 2022 return 26
 27 Earned income credit (EIC) 27
 28 Additional child tax credit from Schedule 6812 28
 29 American opportunity credit from Form 8863, line 8 29
 30 Reserved for future use 30
 31 Amount from Schedule 3, line 15 31
 32 Add lines 27, 28, 29, and 31. These are your total other payments and refundable credits 32
 33 Add lines 25d, 26, and 32. These are your total payments 33

Refund
 34 If line 33 is more than line 24, subtract line 24 from line 33. This is the amount you overpaid 34
 35a Amount of line 34 you want refunded to you. If Form 8888 is attached, check here 35a
 b Routing number _____ c Type: Checking Savings
 d Account number _____
 36 Amount of line 34 you want applied to your 2024 estimated tax 36

Amount You Owe
 37 Subtract line 33 from line 24. This is the amount you owe. For details on how to pay, go to www.irs.gov/Payments or see instructions. 37
 38 Estimated tax penalty (see instructions) 38

Third Party Designee
 Do you want to allow another person to discuss this return with the IRS? See instructions. Yes. Complete below. No
 Designee's name _____ Phone no. _____ Personal identification number (PIN) _____

Sign Here
 Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return and accompanying schedules and statements, and to the best of my knowledge and belief, they are true, correct, and complete. Declaration of preparer (other than taxpayer) is based on all information of which preparer has any knowledge.
 Your signature: John Doe Date: 03/01/24 Your occupation: _____
 Spouse's signature, if a joint return, both must sign. Jane Doe Date: 03/01/24 Spouse's occupation: _____
 Joint return? See instructions. Keep a copy for your records. If the IRS sent you an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.) _____
 If the IRS sent your spouse an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.) _____

Phone no. _____ Email address _____

Paid Preparer Use Only
 Preparer's name _____ Preparer's signature _____ Date _____ PTIN _____ Check if: Self-employed
 Firm's name _____ Phone no. _____
 Firm's address _____ Firm's EIN _____

Go to www.irs.gov/Form1040 for instructions and the latest information. Form 1040 (2023)

学校に提出するコピーに署名し、日付を記入してください。


共同で出願する場合は、両保護者/法定後見人はこちらに署名する必要があります。



例:
Social Security Administration Benefit Verification Letter
(社会保障庁給付金確認書)

注記: 優先カテゴリーに該当するのはSSI
(Supplemental Security Income、補足的保障所得) のみです。

Sample Online Benefit Verification Letter

 **Social Security Administration**

Date: January 30, 2013
Claim Number: XXX-XX-0000A

JANE DOE
456 ANYWHERE AVENUE
MAINTOWN, USA 11111-1111

You asked us for information from your record. The information that you requested is shown below. If you want anyone else to have this information, you may send them this letter.

Information About Current Social Security Benefits

Beginning December 2012, the full monthly Social Security benefit before any deductions is \$223.90.
We deduct \$0.00 for medical insurance premiums each month.

The regular monthly Social Security payment is \$223.00.
(We must round down to the whole dollar.)

Social Security benefits for a given month are paid the following month. (For example, Social Security benefits for March are paid in April.)

Your Social Security benefits are paid on or about the fourth Wednesday of each month.

Information About Past Social Security Benefits

From December 2011 to November 2012, the full monthly Social Security benefit before any deductions was \$220.70.
We deducted \$0.00 for medical insurance premiums each month.

The regular monthly Social Security payment was \$220.00.
(We must round down to the whole dollar.)

Type of Social Security Benefit Information

You are entitled to monthly retirement benefits.

Date of Birth Information

The date of birth shown on our records is May 29, 1949.

If You Have Any Questions

If you have any questions, you may call us at 1-800-772-1213, or call your local Social Security office at 800-000-0000. We can answer most questions over the phone. You can also write or visit any Social Security office. The office that serves your area is located at:

SOCIAL SECURITY
123 MAIN STREET
MAINTOWN, USA 11112-1111

If you do call or visit an office, please have this letter with you. It will help us answer your questions.

Social Security Administration



Securing today
and tomorrow

Social Security Administration
Publication No. 05-10552 | ICN 463256 | Unit of Issue — HD (one hundred)
August 2017 (March 2016 edition may be used)
The Fastest Way to Verify Social Security and Supplemental Security Income Benefits
Produced and published at U.S. taxpayer expense