

加州按摩治疗委员会
听证会费用豁免请求

每月总收入低于下方适用金额的个人可能有资格获得听证会费用豁免。能够充分证明每月总收入低于下方适用金额的文件必须与此表格一同提交。为申请听证会费用豁免，您必须完成如下所有：

- 填写此表和所有支持文件并提交到：
 - 电子邮件：info@camtc.org 或
 - 邮件：One Capitol Mall, Suite 800, Sacramento, CA 95814, 和
- 提交支持文件证明：
 - 您家庭人口数量，
 - 您每月总收入，和
 - 您家里其他人的每月总收入。

请用英文回答所有问题。

姓名： _____

地址： _____

驾照号码（或州 ID 号码） _____ 出生日期： _____

CAMTC ID 号码： _____ CAMTC 证书号码： _____

家庭人口数量： _____

我的家庭每月总收入（税前）是： _____

我特此在根据加州法律规定的伪证必究的条件下宣誓以上陈述是真实且准确的。

申请人或证书持有者签字

贫困收入参考

家庭人口数量	贫困收入参考（每月）
1	\$1,301.05
2	\$1,761.46
3	\$2,221.88
4	\$2,682.30
5	\$3,142.71
6	\$3,603.13

如果家庭人口数量超过 6 人，每多一人多加 \$460.42。

*为获得申请费豁免而证明总收入的个人将须提交上一年的报税表。如适用，请另提交政府补助相关文件。