

Términos y Condiciones para Asistencia Financiera para Preparación Escolar/Servicios del Condado



Ud. Ha sido determinado elegible para Preparación Escolar/Servicios del Condado y tendrá que cumplir con los siguientes términos y condiciones para ser/permanecer elegible. Por medio de sus iniciales y firma, Ud. está de acuerdo con los siguientes términos y condiciones.

___ Yo estoy de acuerdo de notificar al departamento de Elegibilidad y Inscripción del ELC por escrito dentro de 10 días de cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad pero no está limitada a:

- **Empleo:** cambio de trabajo, sueldo, horas de trabajo, días de trabajo/horario, desempleo
- **Situación Familiar:** matrimonio, divorcio, separación, padre o madre de cualquier niño viviendo en casa
- **Cambio de Ingresos:** comenzar o dejar de recibir cualquier tipo de ingresos u otros cambios de ingresos.
- **Domicilio/Cambio de Contacto:** Cambio de dirección, número de teléfono, etc.
- **Ausencia de Maternidad**

___ Yo estoy de acuerdo de entregar documentos o cualquier información requerida por ELC dentro del tiempo que se me asigne teniendo en cuenta que mis servicios pueden ser suspendidos o terminados.

___ Yo he recibido información sobre los diferentes tipos de cuidado de niño disponibles. Yo entiendo que algunas fuentes de financiación limitan mis opciones de cuidado de niño. Me han explicado mis opciones de cuidado de niño y he escogido por mi propia voluntad. Entiendo que el proveedor me tiene que permitir visitar mi hijo(s) mientras están en cuidado.

___ Yo estoy de acuerdo de pagar la cuota escolar que se me ha evaluado y cualquier costo adicional que pueda recurrir. Estos cargos pueden incluir pero no están limitados a, cheques de vueltos, costo de exceso de cuidado, tarifa máxima de reembolso etc.

___ Yo entiendo que no puedo transferir a mis hijos si debo la cuota escolar al menos que tenga un comprobante de un acuerdo entre el proveedor y yo.

___ Yo estoy de acuerdo que mi familia usara conducta apropiada en el centro de cuidado y en las oficinas de ELC, entendiendo que de lo contrario no me podrán atender.

___ Yo estoy de acuerdo que la información necesaria respecto a mis hijos podría ser difundida con otras agencias apropiadas.

___ Yo entiendo que la asistencia de mi niño en el centro de cuidado es importante y estoy de acuerdo en reportar ausencias al centro de cuidado como ocurren. Yo entiendo que este programa pagara hasta 3 ausencias sin documentación y 7 con documentación cada mes, entendiendo que puedo ser requerido pagar los días que no pague la coalición. Ausencias excesivas podrían tener como resultado pérdida del puesto de centro de cuidado y/o terminación de mi asistencia.

___ Yo entiendo que yo o mi designado debemos firmar a mi niño cuando llega y sale todos los días que ellos están en cuidado usando mi nombre o el nombre y apellido de mi designado y la hora que llega/y sale mi niño. Yo comprendo que si la coalición monitorea los registros de asistencia de mi proveedor y determina que yo no he cumplido con este requisito el pago por esos días será anulado y el proveedor tendrá el derecho de cobrar el pago completa de mí.

___ Yo proporcionare información precisa y verdadera durante el recibo de servicios por medio de esta agencia. Certifico que la información dada en mi aplicación es verídica y completa. Comprendo que si doy información falsa, proporciono documentación inexacta, firmo documentos inexactos de asistencia o falle de informar cambios en mis circunstancias, yo seré responsable de la restitución financiera y puedo ser referido al Departamento de Aplicación de la Ley para acción. El ELC investigara casos sospechosos de fraude. Mis servicios de cuidado de niño serán terminados y yo no podre tener derecho de servicios por lo menos un año o más después de que la restitución sea completa.

___ Yo doy mi consentimiento para revisión/ceder/intercambio de toda la información proporcionada para determinar mi elegibilidad incluyendo pero no está limitado a comunicarse con los empleadores actuales o anteriores para la verificación de la información de empleo, etc.

___ Yo doy mi consentimiento para todas las agencias que dan los fondos o el personal de las agencias de fondos revisar mi expediente para propósitos de supervisión. Además, entiendo que los registros de la agencia sobre el programa pueden ser registros públicos bajo el Capítulo 119 de los Estatutos de la Florida.

___ Yo doy mi consentimiento a DCF, División de Fraude de Asistencia pública, ELC y/o proveedor de ELC para ceder y/o solicitar toda la información relacionada con mi elegibilidad sobre los beneficios recibidos de salud y o pagos de la Administración del Seguro Social y para investigar todas las declaraciones o la información dada en la aplicación, si es pertinente.

___ Yo doy mi consentimiento a las agencias locales, estatales u otras agencias gubernamentales para entregar información a la ELC sobre manutención de menores que estoy recibiendo o he recibido, si es pertinente.

___ Yo entiendo que los servicios de Temprano Aprendizaje se basan exclusivamente en elegibilidad del cliente, disponibilidad de fondos, y las prioridades de inscripción. Estos servicios no son un derecho. Entiendo que si se me considera no elegible para los servicios por una terminación, suspensión, etc. voy a tener que estar en lista de espera y mi elegibilidad para la lista de espera tendrá que ser aprobada.

___ Yo entiendo que en cualquier momento, si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada sobre mi cuidado infantil de becas de financiación tengo el derecho de apelar esa decisión. Tengo que avisar al personal de ELC en escrito sobre mi petición de apelar o deseo de que el caso sea revisado por los superiores dentro de diez días de cualquier decisión prejudicial respecta a mi caso.

EVALUACIONES DE DESAROLLO

Yo doy consentimiento para que mi hijo(a) reciba evaluación de desarrollo

___ Yo comprendo que el ELC y /o sus contratistas y/o mi proveedor escogido van a proveer evaluaciones de desarrollo y salud rutinaria.

___ Yo doy consentimiento a esas evaluaciones y entiendo que yo, y mi proveedor escogido, recibirá una copia de evaluación.

___ Yo doy permiso al ELC y/o sus contratistas y/o mi proveedor actual que intercambien información sobre los resultados de desarrollo y salud.

Nombre de niño/a	Fecha de Nacimiento	Fue Prematuro?	Cuántas semanas?
1) _____	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____ Semanas
2) _____	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____ Semanas
3) _____	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____ Semanas
4) _____	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	_____ Semanas

Yo **NO DOY** permiso que mi niño(a) reciba evaluaciones de desarrollo

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Firma de personal de ELC

Fecha