

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



Usted. 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, Usted. 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, nacimiento de un niño
- **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. Los padres tienen que pagar la cuota escolar si los niños asisten a la escuela o no y en los días de fiesta aprobado por el ELC. 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 si transfiero a mis hijos antes de tener autorización de ELC yo soy responsable del costo completo de cuidado hasta que obtenga la autorización.

\_\_\_ Yo estoy de acuerdo que mi familia usara conducta apropiada en el centro de cuidado y en las oficinas de ELC, entendiéndolo 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, entendiéndolo 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 completo a mí.

\_\_\_ Yo 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. Mis servicios de cuidado de niño serán terminados. El ELC investigara casos sospechosos de fraude.

\_\_\_ 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 del estado, federal y del gobierno del condado de Manatee 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 entiendo que la agencia de Temprano Aprendizaje tiene el derecho para ceder y/o recibir datos por el contacto directo o un intercambio de datos automatizados para establecer la validez de la información del hogar proporcionada por el solicitante/beneficiario para recibir beneficios del programa. Esto incluye, pero no necesariamente se limita a: beneficios de seguro social, fechas de nacimiento, estado de inmunización y/o todas las fuentes de ingresos potenciales e ingresos ganados y no ganados. (Registros de empleo, desempleo, TANF, manutención de menores, etc.)

\_\_\_ 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 DESARROLLO

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**