

Solicitud Familiar de Cambios a mi Nivel de Servicio (Actividad/Ingresos)

Conforme al Código de Educación, una vez que una familia establezca la elegibilidad y la necesidad de servicios de cuidado de niños, durante la certificación inicial o la recertificación anual, se considerará que la familia cumple con todos los requisitos y necesidades de servicios por no menos de 12 meses. Las familias ya no están obligadas a reportar cambios, a menos que los cambios correspondan a los ingresos brutos de las familias, y los ingresos excedan el 85% del ingreso medio del estado (IME), lo cual deberá ser reportado dentro de 30 días.

Cualquier cambio solicitado referente a su elegibilidad o actividad certificada, deberá ser solicitado por escrito. Para iniciar cualquier tipo de cambio, deberá presentar documentación para confirmar los cambios reportados.

Cambio (s) que se están notificando/solicitando:

- Nuevo Empleo Cambio de Horario Escolar Nuevo Número Telefónico
- Cambio a mis Ingresos Agregar Tiempo de Estudio Cambio de Domicilio
- Cambio de Tamaño Familiar Cambio de Proveedor/a Solicitar Búsqueda de Empleo
- Disminución de Tarifa Familiar Aumento de Horas de Cuidado Infantil
- Terminación de Servicios Ingresos excedan el 85% del ingreso medio del estado (IME)
- Reducción a las Horas de Cuidado Infantil Certificadas: _____

Por favor indique los días y las horas solicitadas

1.) Descripción del cambio solicitado: _____

2.) Fecha de Cambio Efectiva: _____

3.) El cambio indicado arriba se solicita para el siguiente niño(s):

Certifico que el cambio indicado en esta forma está siendo reportado voluntariamente y entiendo que puedo mantener mi nivel de servicio actual sin importar el cambio en las circunstancias de mi familia. Certifico bajo pena de perjurio que la información es verdadera y exacta, y entiendo que los cambios que se solicitan no pueden ser completados hasta que entregue documentación justificando los cambios a mi especialista.

 Nombre De Padre Firma de Padre Fecha

I certify that the supporting documents were received on: _____	
_____	_____
Case Specialist Name	Date