

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 para (programas C2AP y C3AP) o 24 meses para (programas AP, CSPP y CCTR). 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:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cambio de actividad | <input type="checkbox"/> Cambio de Proveedor/a | <input type="checkbox"/> Cambio a mis Ingresos |
| <input type="checkbox"/> Suspensión en los servicios | <input type="checkbox"/> Aumento de Horas de Cuidado Infantil | <input type="checkbox"/> Cambio de Domicilio |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Tamaño Familiar | <input type="checkbox"/> Actualizar el horario escolar del niño | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Agregar Tiempo de Estudio | <input type="checkbox"/> Ingresos excedan el 85% del ingreso medio del estado (IME) | |
| <input type="checkbox"/> Terminación de Servicios | <input type="checkbox"/> Disminución de Tarifa Familiar | |
| <input type="checkbox"/> 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