

## ACUERDO DE PARTICIPANTE EN BECAS PARA EL CUIDADO DEL NIÑOS

Los padres/encargados legales **DEBEN** confirmar las declaraciones abajo firmando su nombre e indicando la fecha al final de la página. Al firmar, usted indica que se le dió la oportunidad de discutir cada tema con un miembro del personal de Servicios a la Familia y si usted fue entrevistado cara a cara el personal de Servicios a la Familia de CCC le explicó cada tema adecuadamente. Usted además entiende que tuvo la oportunidad de discutir cualquier pregunta que tuviese, y que usted ha comprendido completamente lo que se espera de usted y de su familia para recibir o continuar recibiendo una beca(s) para el cuidado del niño.

**1. REPORTE DE CUALQUIER CAMBIO DENTRO DE LOS 10 DÍAS:**

Entiendo que se me requiere que notifique por escrito a CCC dentro de 10 días calendario si ocurre cualquier cambio en las siguientes situaciones: Mi domicilio; dónde trabajo; el ingreso de cualquier miembro de mi familiar, el tamaño de mi familiar, mi razón para el cuidado del niño, cuando comience o cese una escuela o entrenamiento, cuando por cualquier razón retire a mi niño(a) del cuidado del niños, cuando comience o cese de trabajar, y/o cualquier otro cambio que pueda afectar la elegibilidad para la beca de cuidado del niños. **Por favor tenga en cuenta: El incumplimiento de reportar cambios pudiera resultar en la pérdida de los fondos para su beca de cuidado de niños.**

**2. SELECCIÓN POR EL PADRE/MADRE/ENCARGADO LEGAL:**

He recibido información por escrito sobre los tipos de cuidado legal de niños dentro del condado de Pinellas, y se me ha dado la oportunidad de discutir esta información con un miembro del personal de Servicios a la Familia de CCC. También he recibido información sobre el programa de Prekindergarten Voluntario (VPK) para niños de 4 años de edad que cualifiquen. Entiendo que soy libre de escoger el tipo de cuidado que mejor satisfaga las necesidades de mi niño(s) y de mi familia, dentro de los requisitos de patrocinio para el que soy elegible. Acepto además liberar a *Coordinated Child care of Pinellas, Inc. (CCC)* y a todos los patrocinadores de CCC de cualquier responsabilidad legal que surja por la selección que he hecho del lugar donde recibir los servicios de cuidado del niño. También entiendo que yo soy responsable de los cargos adquiridos de un proveedor que no ha completado el proceso de aprobación del Program de Disposición Escolar de CCC.

**3. CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ELEGIBILIDAD:**

Certifico que he revisado y que se me ha dado la oportunidad de discutir con el personal de Servicios a la Familia de CCC la información sobre elegibilidad que he provisto sobre mí, mi niño(s) y otros miembros de mi núcleo familiar, para la determinación sobre la beca para el cuidado del niño, y que la información sobre el ingreso de mi familia y el número de personas que viven en mi casa es verdadera y completa hasta donde conozco. Entiendo totalmente que cualquier omisión, falsificación o falsedad pudiera descalificar a mi niño(s) para participar en programas de becas para el cuidado del niño, y que pudiera ser procesado por la ley. También entiendo que si se determina que, como resultado de mis omisiones, falsificaciones, falsedades o incumplimiento de reportar cambios oportunamente, mi familia ha recibido beneficios a los que no tiene derecho, pudiera perder el derecho a recibir futuros beneficios y podría ser responsable de reembolsar el importe de esos beneficios que no me correspondía recibir.

**4. ENTREGA DE INFORMACIÓN:**

Por este medio autorizo a CCC a recibir/obtener la información sobre empleo, ingresos y escuela/entrenamiento, que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir una beca(s) para el cuidado del niño. Además, autorizo a que la información recibida/obtenida por CCC pueda ser compartida con las instituciones asociadas a CCC para la preparación para la escuela (Head Start del Condado de Pinellas, el Centro Gulfoast Asociado de FDLRS, y el programa Early Steps), para determinar la elegibilidad, determinar el costo, y para propósitos de referido e impartición de servicios. También autorizo a *Coordinated Child Care of Pinellas, Inc. (CCC)* a entregar cualquier información provista a CCC para la beca(s) de cuidado del niño, como también información sobre empleo, ingresos y escuela/entrenamiento según se solicite a otras agencias locales, estatales y/o federales encargadas del cumplimiento de la ley.

**5. RESPONSABILIDADES**

He recibido información escrita sobre mis "Derechos y responsabilidades", y se me a dado la oportunidad de discutirla con el personal de Servicios a la Familia de CCC. Entiendo totalmente esas expectativas, y que mi incumplimiento de las reglas sobre la beca pudieran resultar en la terminación de la beca(s) para el cuidado de mi niño(s).

**6. RECURSO Y REFERIDO PARA EL CUIDADO DEL NIÑO (CCR&R):**

Entiendo que existen servicios disponibles a través de CCR&R, incluyendo la provisión de listas detalladas de todos tipos de cuidado del niño con licencia/legales exentos o permitidos, basado en las necesidades personales de mi niño(s) y/o los requisitos de los patricionadores, y que se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre ellos, y/o de tener acceso, a esos servicios. Entiendo que también quw puedo obtener a través de CCR&R información educacional sobre desarrollo del niño y prácticas apropiadas según el nivel de desarrollo, y para identificar y seleccionar cuidado del niño de calidad.

**7. AVISO SOBRE FONDOS LIMITADOS:**

Entiendo que las becas para el cuidado del niño dependen de la disponibilidad de fondos disponibles proveniente de las fuentes estatales y locales. Históricamente, la disponibilidad de fondos fluctúa durante el transcurso del año, y en algunos momentos no están disponibles. CCC aprueba esta beca(s) para el cuidado de su niño(s) en este momento. Sin embargo, CCC le informa que si la situación de fondos cambia, la beca(s) pudiera terminarse. Usted recibirá un aviso con un mínimo de 10 días de anticipacion del día que se ponga en el correo, con informacion de cuando su beca(s) se termina. La única forma en que los padres **no** recibirán un aviso con 10 días de anticipacion sobre la terminación de la beca(s) es cuando usted incumpla su obligacion de reportar un cambio en las circunstancias de su familia, lo cual le hace inelegible; entonces, la beca para el cuidado de su niño pudiera terminarse inmediatamente.

**8. DERECHO DE APELACIÓN:**

Entiendo que en cualquier momento que no comprenda o no esté de acuerdo con una decisión sobre los fondos para la beca de cuidado del niño, tengo derecho a apelar tal decisión. Yo debo notificar al personal de Servicios a la Familia de CCC por escrito y solicitar que un supervisor comience el proceso de revisión de mi caso. Entiendo que se recomienda que yo guarde copias de **TODOS** los documentos provistos por mí o a mí por CCC para determinar mi elegibilidad. Por favor, llame a Servicios a la Familia al 547-5700. (Para obtener una copia del Procedimiento de Solución de Controversias para el clinete, por favor, solicite al personal)

**9. AVISO SOBRE ASISTENCIA DE SERVICIO SOCIAL:**

Se me ha informado que si tengo alguna necesidad de servicio social puedo contactar al "2-1-1" en la Bahía de Tampa (o [727] 562-1542 por celular) para ayuda de servicio social las 24 horas al día. También puedo solicitar que se me provea un *cuestionario de necesidades de la familia*, que debo completar y devolver a CCC. CCC me proveerá a cambio información para conseguir el apoyo necesario de servicio social.

Entiendo y acepto que he revisado completamente este documento, y que comprendo totalmente su contenido y mis responsabilidades como padre/madre/encargado legal. Hasta el momento en que ocurra un cambio en las normas o procedimientos que lleven a su revisión o a su terminación, estoy de acuerdo en que este documento esté vigente.

FIRMA del padre/madre/encargado legal

Nombre **ESCRITO** del padre/madre/encargado legal

Fecha