

COSTO COMPARTIDO DE LOS PADRES EN EL BIRTH TO 3 PROGRAM
BIRTH TO 3 PROGRAM PARENTAL COST SHARE

Declaración de ingreso de los padres
Parent Statement of Income

Uso de este formulario: Este formulario es voluntario. Sin esta información, el Birth to 3 Program no puede calcular el costo compartido de los padres y los padres serán responsable por el máximo costo compartido. La información de identificación personal en este formulario es reunida para determinar el costo compartido de los padres y será usada sólo para este propósito.

I. Información sobre la familia

Nombre del niño(a) (apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año)
--	--

Dirección de la familia (calle, ciudad, estado, código postal)

Tamaño de la familia	Número de niños que actualmente participan en el Birth to 3 Program	Número de niños en la familia menores de 19 años que tienen una discapacidad.
----------------------	---	---

II. Información sobre el programa

Sí **No** ¿Recibe su niño Medical Assistance (Asistencia Médica) por medio del Katie Beckett Program o Special Needs Adoption Subsidy (Subsidio de Adopción para Necesidades Especiales)?
Si su niño(a) recibe este servicio, su familia puede tener un costo compartido. Proceda a la Sección III, Información Financiera.

Marque los programas o servicios para los que su niño/familia es elegible o actualmente recibe.

FoodShare Foster care (Cuidado de crianza temporal) CCOP
 W-2 Kinship care
 Almuerzo gratis o a bajo costo (si se basa en los ingresos) WIC (sin Katie Beckett Medical Assistance)
 SSI CLTS

Si usted marca cualquiera de los programas mencionados anteriormente, usted no tiene un costo compartido (cost share). Sírvase de firmar en la Sección IV, Declaración de los padres, localizada abajo.

III. Información financiera

Su ingreso anual* \$ _____

* El ingreso anual es el ingreso total del padre(s) legalmente responsable como lo reportado en la declaración fiscal individual federal más reciente del padre(s).

IV. Declaración de los padres

Yo entiendo que soy responsable por el costo compartido de los servicios proporcionados. Si el costo compartido representa una dificultad financiera, puedo ponerme en contacto en cualquier momento con mi coordinador de servicios para una re-evaluación. Según mi leal saber y entender, la información anteriormente mencionada es una declaración exacta de mi ingreso actual y mi estatus familiar.

FIRMA – Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)
--	----------------------------

FIRMA – Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)
--	----------------------------

Costo compartido de los padres _____ a _____ \$ _____ = \$ _____ Pago/por mes
(mes/año) (mes/año)

V. Declaración de confidencialidad (Non-Disclosure Statement) (OPCIONAL)

Yo he escogido no divulgar mi información financiera y estoy de acuerdo en pagar el costo compartido máximo de \$1,800 anualmente o \$150 por mes.

FIRMA - Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)
--	----------------------------

FIRMA - Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)
--	----------------------------