

Plan de Pago para Cuidado de Niño

Apellido de la Familia: _____ Centro: _____

En cumplimiento con las Reglas de Desempeño Federales, Umatilla Morrow Head Start hará colecta de una cantidad de copago de familias matriculadas en programas de día-completo. El Copago vence en el día 7^{mo} de cada mes.

Las Familias trabajaran con su Defensor de Familia para preparar un plan antes de la matricula para evaluar su capacidad para pagar por lo menos 50% de la cantidad de copago prepuesta por el Estado, pero no menos de la cantidad minima que requiere el Estado, ó la cantidad de copago si la familia no es elegible para el programa de subvención. Si la situación de la familia cambia, este plan de copago se repasara para reflejar la situación actual de la familia.

Si la familia es elegible para ayuda de subvención, marque la cajita apropiada e indique la cantidad de co-pago señalada por el DHS.

- | | | | |
|--|----------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> DHS – ERDC o JOBS | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Migratorio y Temporal | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Child Welfare | \$ _____ | <input type="checkbox"/> CCDF | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Empresa | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Becas | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | \$ _____ | | |

Trabajador del Caso del DHS o Sucursal: _____ DHS # de Caso: _____

Si la familia no es elegible para ayuda de subvención, la cantidad mensual de copago será:

Niños matriculados en Early Head Start \$270
 Niños matriculados en Head Start \$195

Presupuesto: Defensores de Familia desarrollaran un Presupuesto con la familia y repasaran las barreras y logros.

Al firmar este plan estoy de acuerdo en pagarle a UMCHS \$ _____ por niño por mes. Los copagos vencen el día 7^{mo} de cada mes. Fallar en pagar 2 meses consecutivos puede resultar en la perdida de servicios de día completo y mi niño(os) será colocado en un programa de parte de día. Tengo entendido que mi responsabilidad en participar en, y contribuir al costo de cuidado de niño.

Firma de la Familia	Fecha	Firma del Defensor de Familia	Fecha
---------------------	-------	-------------------------------	-------

Revisión al plan actual:

- DHS cantidad de copago ha cambiado: _____ (por mes);
 nueva cantidad del DHS: _____; nueva cantidad de copago para UMCHS _____

Firma de los Padres y fecha	Firma del Defensor de Familia y fecha
-----------------------------	---------------------------------------

- Ha cambiado la cantidad de copago del DHS: _____ (mes);
 nueva cantidad del DHS: _____; nueva cantidad de copago para UMCHS _____

Firma de los Padres y fecha	Firma del Defensor de Familia y fecha
-----------------------------	---------------------------------------

