



Solicitud de cambio de servicios

Este formulario se utiliza para el propósito de documentar voluntariamente los cambios durante el período de certificación de la familia.

ATENCIÓN: Después de recibir este formulario y la documentación para apoyar el cambio solicitado, nuestra oficina emitirá una notificación de acción indicando el resultado de su solicitud. No se realizarán cambios en su acuerdo de servicio, excepto los cambios solicitados.

Estoy voluntariamente reportando los cambios a fin de:

<input type="checkbox"/> REDUCIR LAS TARIFAS DE MI FAMILIA - Debido a una reducción en las tarifas estatales de la familia, solicito que se recalculen y se usen las tarifas antes de la fecha de vencimiento de mis derechos de apelación del cambio en mi caso. He adjuntado la siguiente documentación justificativa: <ul style="list-style-type: none"> • Todas las fuentes de ingreso familiar: <ul style="list-style-type: none"> • Los dos (2) últimos talones de cheque o cuatro (4) si se paga semanalmente • Si los ingresos varían o si trabaja por su propia cuenta, un mínimo de seis (6) y no más de doce (12) meses de ingresos • Cualquier otro tipo de ingreso del hogar • Documentos de verificación de manutención infantil para cada niño 	<input type="checkbox"/> CAMBIAR MI NECESIDAD DE SERVICIOS O CERTIFICACIÓN DE HORAS DE CUIDADO INFANTIL He adjuntado la siguiente documentación justificativa: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de empleo <input type="checkbox"/> Formulario de verificación de capacitación con horario de clases <input type="checkbox"/> Formulario de declaración de búsqueda de empleo <input type="checkbox"/> Formulario de declaración de incapacidad <input type="checkbox"/> Declaración de búsqueda de vivienda permanente
<input type="checkbox"/> CAMBIO EN EL HORARIO DE LA ESCUELA PÚBLICA DEL NIÑO (O LOS NIÑOS) Nombre de (los) niño(s) con cambios escolares: _____ _____ Nombre de la escuela: _____ Fecha de inicio: _____ Horario escolar: Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____ Día mínimo: <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie Hora de inicio del día mínimo: _____ Hora de fin del día mínimo: _____	<input type="checkbox"/> CAMBIO EN EL TAMAÑO DE LA FAMILIA He adjuntado la siguiente documentación justificativa para: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documentar un aumento en el tamaño de mi familia: <ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento de su hijo o el registro de nacimiento del hospital • Formulario de antecedentes de salud del niño previa a la admisión • Registro de vacunación • Formulario de información de emergencia <input type="checkbox"/> Documentar una disminución en el tamaño de mi familia: Nombre y apellidos de la(s) persona(s) a ser excluidas: _____ Razón: _____
<input type="checkbox"/> CANCELACIÓN DE SERVICIOS Nombre del menor (o menores) que ya no necesita(n) servicios: _____ _____ Motivo de cancelación: _____ _____ _____ Último día de servicios: _____	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE PROVEEDOR Nombre del menor (o menores) que cambiará(n) de proveedor: Nombre del proveedor nuevo: _____ Dirección del proveedor nuevo: _____ Teléfono del proveedor nuevo: _____ No. de licencia del proveedor nuevo: _____ Fecha de inicio potencial con el nuevo proveedor: _____ Última fecha de cuidado con el proveedor actual: _____ Estoy día con las tarifas estatales de mi familia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aviso previo de dos semanas proporcionado (Fecha): _____
<input type="checkbox"/> PETICIÓN PARA SOMETER MI SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN ANTES DE MIS 12 MESES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO Debe solicitar un paquete de recertificación de su enlace de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> OTRO: _____ _____ _____

Mi firma a continuación significa el reconocimiento de mi derecho a notificar voluntariamente todo cambio anteriormente enumerado y que entiendo que tengo derecho a seguir trayendo a mi hijo al servicio de cuidados basado en el nivel de servicio certificado original. Juro bajo pena de perjurio, a mi leal saber, que la información anterior es verdadera y correcta.

Nombre del padre o tutor en letra de molde _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha _____/_____/_____