MASSACHUSETTS
Department of
Early Education and Care

# CONTRATO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA PARA CUIDADOS INFANTIS

Nº de identificação da família _____

**Este documento explica seus direitos e responsabilidades com relação à Assistência financeira para cuidados infantis. Leia este documento com atenção e informe o Administrador de acesso familiar (FAA) caso não tenha entendido ou tenha dúvidas.**

Nome da agência de FAA _____ E-mail _____

Nome do(a) funcionário(a) de FAA _____
Número de telefone_____

Você foi aprovado(a) para receber Assistência financeira para cuidados infantis:

Data de início da autorização_____ Data de término da autorização_____

- O FAA atribuído a você também deverá concluir uma colocação para cada criança a ser matriculada e iniciar o atendimento
- Se você tiver sido aprovado(a) em Busca de atividade aprovada, deverá comprovar uma necessidade de serviço antes do final do período de 12 semanas para receber a autorização completa de 12 meses

**Leia e coloque suas iniciais em cada espaço abaixo para confirmar que você compreendeu e concorda com cada declaração. Guarde uma cópia para seu controle.**

_____ Estou ciente de que o fornecimento intencional de informações ou documentação falsas ou enganosas e/ou a ocultação ou retenção de informações com o objetivo de estabelecer ou manter a elegibilidade ou aumentar o nível de Assistência financeira para cuidados infantis é considerado Fraude comprovada. A Fraude comprovada pode resultar no cancelamento da Assistência financeira para cuidados infantis. Alguns exemplos de fraude comprovada incluem, mas não se limitam a:

- Não informar quem mora na residência (por exemplo, não informar que um pai reside com você).
- Não informar todas as fontes de renda (por exemplo, emprego de meio período/por dia, renda de aluguel, pensão alimentícia, trabalho noturno ou outras formas de trabalho não tradicionais).
- Alterar ou falsificar documentos de renda recebidos (por exemplo, não declarar toda a quantia recebida de trabalho autônomo ou alterar ou falsificar holerites).
- Não informar com precisão a necessidade de serviço ou as mudanças na necessidade para todos os pais (por exemplo, fornecer holerites de um emprego que você não exerce mais). Uma necessidade de serviço é a atividade ou outro motivo qualificável pelo qual sua família necessita de cuidados infantis, incluindo trabalho, educação ou treinamento, durante o período em que você precisa desses cuidados.

_____ Entendo que, se receber Assistência financeira para cuidados infantis como resultado de uma Fraude comprovada, serei responsável pelo reembolso total da quantia recebida e poderei ser responsabilizado(a) criminalmente.

_____ Entendo que, se tiver sido aprovado(a) para Assistência financeira para cuidados infantis no âmbito de Busca de atividade aprovada, devo comprovar uma necessidade de serviço qualificada para a continuação dos

serviços de cuidados infantis após o período provisório de 12 semanas, caso contrário, a Assistência financeira para cuidados infantis poderá ser encerrada.

_____ Entendo que, para comprovar minha renda e necessidade de serviço, o EEC ou o FAA podem precisar entrar em contato com meu(s) empregador(es), faculdade/universidade, instituição ou programa de formação. Autorizo meu(s) empregador(es) ou a administração da instituição educacional a divulgar informações sobre minha renda, salário, horas, horário de trabalho e informações sobre a matrícula do curso para o EEC ou FAA.

_____ Entendo que devo informar as alterações conforme indicado abaixo:

**Alterações que devem ser relatadas em 30 dias:**

- aumentos na renda familiar total superiores a 85% da Renda média estadual (SMI)
- mudanças nas informações de contato da família; composição da família; ou acordos de custódia dos filhos
- mudança para fora do estado
- qualquer alteração ou término da necessidade de serviço de um dos pais que dure mais de 12 semanas

Estou ciente de que o fato de não comunicar as alterações acima no prazo de 30 dias resultará em uma Violação intencional do programa (IPV) e poderá me levar à desqualificação da Assistência financeira para cuidados infantis.

**Alterações que podem ser relatadas a qualquer momento durante um período de autorização ou na reautorização**:

- ausência por tempo limitado de uma necessidade de serviço devido a doença ou necessidade de cuidar de um familiar (incluindo licença-maternidade/paternidade)
- interrupção de um trabalho temporário ou redução das horas de necessidade de serviço (desde que o pai ou a mãe ainda esteja trabalhando ou participando do treinamento ou formação)
- qualquer semestre ou férias para um pai/uma mãe que esteja participando de uma formação ou treinamento; mudança ou término da necessidade de serviço de um pai/uma mãe que dure menos de 12 semanas
- mudanças de renda que não excedam 85% da Renda média estadual (SMI)

_____ Devo comunicar ao provedor de cuidados infantis sempre que meu filho/minha filha estiver ausente. Entendo que, se meu filho/minha filha não comparecer à unidade por 30 dias consecutivos ou mais de 45 dias no total durante a minha autorização de 12 meses ou se tiver 20 faltas em uma autorização provisória de 12 semanas, o provedor dos cuidados poderá rescindir a minha colocação em seu programa. Sou responsável pelo pagamento da taxa dos pais por todos os dias em que o provedor estiver aberto, disponível para atendimento e que seja esperado que meu filho/minha filha frequente o programa, mesmo durante ausências.

_____ Entendo que posso solicitar uma Interrupção aprovada de cuidados ao meu provedor de cuidados infantis caso meu filho/minha filha fique ausente por um longo período (por exemplo, doença prolongada, visita a um pai que não tem a custódia, etc.). Caso esteja nesta interrupção aprovada, não serei responsável pelo pagamento da taxa dos pais. O provedor de cuidados infantis pode manter a vaga do meu filho/da minha filha, mas não é obrigado a fazê-lo.

_____ Entendo que minha autorização para Assistência financeira para cuidados infantis permanecerá ativa enquanto utilizar os serviços de cuidados infantis durante o meu período de autorização de 12 meses e enquanto permanecer elegível de acordo com as normas do EEC. Entendo que minha elegibilidade deverá ser reavaliada antes do término da autorização de 12 meses.

_____ Entendo que posso ter acesso a uma colocação em um programa de cuidados infantis a qualquer momento durante a autorização de 12 meses, com base em minhas necessidades de cuidados infantis. Avisarei meu provedor de cuidados infantis com pelo menos duas semanas de antecedência caso decida sair do programa.

_____ Posso solicitar uma revisão do EEC se acreditar que o FAA não determinou corretamente minha elegibilidade para a Assistência financeira para cuidados infantis, inclusive se ela tiver sido indeferida ou rescindida.

**Declaro, sob pena de perjúrio, que as informações fornecidas estão corretas e completas de acordo com meu conhecimento.**

Assinatura do(a) pai/mãe_____Data _____