DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)

APPROVED BREAK IN CARE FORM (FORMULÁRIO DE INTERRUPÇÃO APROVADO)

Data: _____ FID: _____

Nome: _____

Nome(s) da(s) criança(s): _____

Endereço: _____
ENDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL

Telefone:_____ E-mail: _____

Nome da Agência administradora do subsídio: _____

Membro da equipe do administrador do subsídio: _____

Telefone:_____ E-mail: _____

O Department of Early Education and Care (Departamento de Educação e Assistência Infantil) (EEC) permite que os pais solicitem uma Interrupção aprovada no atendimento por até 90 dias. Uma interrupção aprovada no atendimento permitirá que você pare de usar seu subsídio por até 90 dias e retome o atendimento sem ter que colocar seu nome de volta na lista de espera de renda elegível do EEC. Você tem o direito de optar por não participar de uma Interrupção aprovada no atendimento, contudo, ainda é sua responsabilidade entrar em contato com o(a) Educador(a)/Provedor de cuidados infantis para informá-lo(a) quando seu filho/sua filha/seus filhos/suas filhas estará(ão) ausente(s).

EU, _____, estou solicitando uma interrupção aprovada no atendimento a partir de
NOME DO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

_____ e entendo que meu filho/minha filha/meus filhos/minhas filhas deve(m) voltar o mais tardar em
DATA

_____. Esta solicitação é para todos os meus filhos _____
INICIAIS DO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL DATA

OU _____
LISTA DA(S) CRIANÇA(S) DEVE SER COLOCADA EM UMA INTERRUPÇÃO APROVADA

Entendo que esta Interrupção aprovada do atendimento somente é válida por 90 dias, e se não conseguir retornar à assistência subsidiada em 90 dias, então terei que colocar meu nome na lista de espera de renda elegível do EEC para receber qualquer financiamento adicional. Além disso, entendo que se não voltar antes da data mencionada acima, o EEC considerará isso como um Abandono de subsídio.

_____ Uma Interrupção aprovada de atendimento foi fornecida a mim, porém, recusei a proposta. Entendo que qualquer dia em que meu filho/minha filha não comparecer contará como uma ausência. Entendo que se ocorrerem faltas frequentes, o administrador do meu subsídio entrará em contato comigo para falar sobre a minha necessidade de cuidados infantis subsidiados continuados. Entendo que devo entrar em contato com o(a) Educador(a)/Provedor de cuidados infantis para informá-lo(a) quando meu filho/minha filha estará ausente e que três (3) ou mais faltas <u>injustificadas</u> resultarão na emissão de uma Notificação de excesso de faltas injustificadas. Também compreendo que 2ª ocorrência de Excesso de faltas injustificadas durante uma autorização de 12 meses pode resultar no cancelamento do meu subsídio de assistência infantil.

_____
ASSINATURA DO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL DATA

Se você tiver alguma dúvida sobre esta medida, fale primeiro com o Administrador do subsídio listado acima.