THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
CHANGE IN CARE FROM VOUCHER TO A CONTRACT

CUIDADOS INFANTIS SUBSIDIADOS
ALTERAÇÃO DOS CUIDADOS DE COMPROVANTE PARA CONTRATO

APENAS PARA FINS INFORMATIVOS - NÃO PREENCHER O FORMULÁRIO TRADUZIDO

_____ _____
DATA **FID**

_____
NOME DO(A) PAI/MÃE

_____
ENDEREÇO **CIDADE** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

_____ _____
TELEFONE **E-MAIL**

_____
NOME(s) DA(s) CRIANÇA(s):

_____ _____
NOME DA AGÊNCIA DO ADMINISTRADOR DE SUBSÍDIO **MEMBRO DA EQUIPA DO ADMINISTRADOR DE SUBSÍDIO**

_____ _____
TELEFONE **E-MAIL**

O Departamento de Educação e Cuidados na Primeira Infância (EEC) oferece financiamento para que crianças frequentem programas de educação e cuidados na primeira infância, por meio de um comprovante emitido pela sua Agência de Recursos e Encaminhamento a Cuidados Infantis (CCRR), ou por meio de um contrato, através de um prestador que possua um contrato junto ao EEC para a prestação de serviços de cuidados infantis subsidiados. Tanto o comprovante quanto o contrato têm exatamente as mesmas regras de elegibilidade para financiamento elegível à renda e os benefícios são idênticos, com a exceção de que um comprovante pode ser emitido para qualquer prestador que tenha um Contrato de Comprovante válido com a CCRR.

Seu(s) filho(s) está(ão) atualmente inscrito(s) no nosso programa através de um comprovante. Temos uma abertura no nosso programa contratado e gostaríamos de oferecer essa oportunidade ao seu filho. Ao concordar em mudar para esta abertura contratada, você reconhece que perde o comprovante atual e que as autorizações subsequentes serão realizadas por este programa

Eu, _____, aceitarei o espaço contratado que me é oferecido por:
NOME DO(A) PAI/MÃE EM LETRA DE IMPRENSA

_____
NOME E ENDEREÇO DA AGÊNCIA DO ADMINISTRADOR DE SUBSÍDIO EM LETRA DE IMPRENSA

Referente à(s) seguinte(s) criança(s): _____

Compreendo e concordo que trocar o meu Administrador de Subsídio não é necessário para que eu mantenha a minha assistência financeira, mas aceitarei o espaço contratado que foi oferecido a mim e meu(s) filho(s). Também compreendo que se não estiver satisfeito com esta mudança, darei ao meu Administrador de Subsídio um aviso prévio de cancelamento de duas (2) semanas e terei o meu subsídio alterado de volta para um comprovante.

ASSINATURA DO(A) PAI/MÃE **DATA**

Caso tenha alguma dúvida sobre esta ação, fale primeiro com o Administrador de Subsídio mencionado anteriormente.