

**DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE  
(DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)  
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)  
FINANCIAL ASSISTANCE AGREEMENT (CONTRATO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA)**

Este documento explica seus direitos e suas obrigações em relação à assistência financeira para cuidados infantis do EEC. Leia este documento com atenção e peça esclarecimentos caso não compreenda alguma parte dele. Guarde uma cópia para seu registro.

**Iniciais do(a) pai/mãe/responsável:**

\_\_\_\_\_ Entendo que é ilegal obter assistência financeira do EEC para serviços de cuidados infantis, fornecer informações ou documentação falsa ou enganosa ou ocultar ou reter informações ("Fraude comprovada"), com o objetivo de estabelecer ou manter a elegibilidade ou aumentar o nível de assistência de cuidados infantis. Fraude comprovada pode resultar no cancelamento da minha assistência financeira de cuidados infantis. Alguns exemplos deste comportamento ilegal incluem, mas não estão limitados a:

- Não informar quem reside na minha casa (por exemplo, não informar que sou casado(a) ou que o(a) outro pai/mãe/responsável da criança reside comigo);
- Não relatar todas as minhas fontes de renda (por exemplo, não relatar que recebo renda de outra fonte, como: emprego, renda de aluguel, pensão alimentícia, ou ajuda financeira de outro(a) pai/mãe/responsável para atender às necessidades básicas do(a) meu filho/minha filha);
- Não relatar com precisão a minha renda (por exemplo, não relatar todo o dinheiro recebido de trabalho autônomo ou alterar ou falsificar recibos de pagamento);
- Não relatar com precisão a necessidade de serviço ou mudanças na necessidade de serviço para todos os pais (uma necessidade de serviço é a atividade - trabalho, educação ou formação - realizada durante o tempo em que você precisa de cuidados infantis).

\_\_\_\_\_ Estou ciente de que se receber assistência financeira do EEC como resultado de informações ou documentação falsa ou enganosa ou como resultado da ocultação ou retenção de informações ("Fraude comprovada"), serei responsável pelo reembolso do valor total do subsídio obtido por meio de fraude e poderei ser responsabilizado(a) criminalmente.

\_\_\_\_\_ Entendo que devo relatar **Mudanças temporárias e Não temporárias no prazo de trinta (30) dias a partir da data de ocorrência da mudança.** Mudanças temporárias incluem: ausência por tempo limitado de uma necessidade de serviço devido a doença ou a necessidade de cuidar de um membro da família (incluindo licença-maternidade/paternidade), interrupção no trabalho de um trabalhador temporário, redução nas horas de serviço necessárias, qualquer término de aprovação da atividade dos pais devido à pandemia de COVID-19, mudança ou término da necessidade de serviço de um(a) pai/mãe/responsável que dure menos de 12 semanas e uma mudança de residência no estado. Mudanças não temporárias incluem: aumentos na renda familiar total que exceda 85% da Renda média do estado (SMI); mudanças nas informações de contato da família; mudanças na composição da família; mudanças na organização de custódia de crianças; qualquer mudança para fora do estado; ou qualquer alteração ou término da necessidade de serviço dos pais que dure mais de 12 semanas. Entendo que deixar de relatar as alterações não temporárias resultará em uma violação intencional do programa (IPV) e pode me sujeitar à desqualificação da assistência financeira do EEC.

\_\_\_\_\_ Entendo que para verificar minha renda e necessidade de serviço, o EEC ou o Administrador do subsídio pode precisar entrar em contato com meu(s) empregador(es), faculdade/universidade, escola ou programa de formação. Eu, por meio do presente documento, autorizo meu(s) empregador(es) ou administração escolar a compartilhar informações sobre minha renda, pagamento, horas, horário de trabalho e informações de matrícula escolar ao EEC ou ao Administrador do subsídio a quem solicitei serviços de cuidados infantis subsidiados.

\_\_\_\_\_ Entendo que se meu filho/minha filha/meus filhos/minhas filhas não estiverem ativamente matriculado(a)/(s) na assistência por mais de 60 dias (a menos que tenha uma Interrupção de assistência aprovada) meu subsídio poderá ser rescindido por Abandono de subsídio. Entendo que se eu tiver um voucher Apenas para fechamento da escola, devo usar os cuidados por pelo menos quatro (4) dias durante o Ano letivo do meu filho/da minha filha ou estarei em risco de rescisão por Abandono do subsídio.

\_\_\_\_\_ Entendo que o contrato do(a) meu filho/minha filha pode ser rescindido por Excesso de faltas injustificadas. Isso é o não comparecimento ao programa de cuidados infantis subsidiados por mais de três (3) dias consecutivos sem entrar em contato com o provedor. Entendo que devo informar ao meu provedor todos os dias em que meu filho/minha filha/meus filhos/minhas filhas não comparecerá(ão).

\_\_\_\_\_ Reconheço que, se tiver um voucher, uma Child Care Resource & Referral Agency (Agência de encaminhamento e de recursos para assistência infantil) (CCRR) me explicou os requisitos de saúde e de segurança do EEC para provedores de educação e cuidados infantis licenciados, incluindo programas baseados em centros e creches familiares. Entendo que certos programas não estão sujeitos a todos os regulamentos de saúde e de segurança do EEC. Fiz uma escolha informada do provedor de educação e cuidados infantis indicado no Contrato de requerimento e taxa e concordo em isentar o estado, o programa de educação e cuidados infantis e o CCRR de qualquer lesão

***Data de vigência: 2 de julho de 2020***

**DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE  
(DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)  
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)  
FINANCIAL ASSISTANCE AGREEMENT (CONTRATO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA)**

ou negligência que ocorra com meu filho/minha filha/meus filhos/meus filhos/minhas filhas e que seja resultante durante os cuidados do provedor de cuidados infantis.

**Certifico, sob as penas e as penalidades de perjúrio, que as informações fornecidas são corretas e completas, de acordo com o meu conhecimento.**

Nome do(a) pai/mãe/responsável \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome do membro da equipe do Administrador do subsídio \_\_\_\_\_

Nome da agência do Administrador do subsídio \_\_\_\_\_