DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
(DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
TEMPORARY CHANGE FORM (FORMULÁRIO DE MUDANÇA TEMPORÁRIA)

_____ _____
DATA FID

_____
NOME DOS PAIS

_____
ENDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL

_____ _____
TELEFONE E-MAIL

_____
NOME DA(S) CRIANÇA(S)

_____ _____
PROVEDOR/AGÊNCIA NOME DO AGENTE DO SUBSÍDIO

_____ _____
TELEFONE E-MAIL

Minha necessidade de serviço mudou recentemente da seguinte forma:

- ☐ Estou ou estarei saindo de Licença-maternidade de _____ até _____
  DATA DATA PREVISTA
- ☐ Estou ou estarei de licença médica de _____ até _____
  DATA DATA PREVISTA
- ☐ Estou ou estarei em licença temporária para cuidar de um membro da família de _____ até _____
  DATA DATA PREVISTA
- ☐ Sou um(a) funcionário(a) temporário(a) que estará de férias do trabalho de _____ até _____
  DATA DATA PREVISTA
- ☐ Tenho ou terei uma redução na carga horária de trabalho/educação de _____ até _____
  DATA DATA PREVISTA
- ☐ Perdi meu trabalho/educação devido a pandemia de COVID-19 de _____ até _____
  DATA DATA PREVISTA
- ☐ Estou ou estarei em outra licença pelo seguinte motivo _____ começando de _____ até _____
  DATA DATA PREVISTA
- ☐ Saí ou deixarei meu emprego atual ou programa de educação/formação em _____ e começarei um novo emprego ou educação/formação em _____
  DATA DATA PREVISTA

Certifico, sob as penalidades de perjúrio, que as informações fornecidas acima são corretas e precisas, de acordo com o meu conhecimento. Entendo que quaisquer alterações na "Data esperada" devem ser relatadas ao Administrador do meu subsídio dentro de trinta (30) dias da alteração. Estou ciente de que fornecer informações falsas ou enganosas ao meu administrador de subsídio de assistência infantil ou ao Department of Early Education and Care (Departamento de Educação e Assistência Infantil) (EEC), incluindo detalhes imprecisos sobre minha renda familiar, pode resultar no cancelamento do meu subsídio de assistência infantil ou na recusa de elegibilidade para um subsídio futuro. Também entendo que o EEC pode exigir que eu reembolse quaisquer pagamentos indevidos para assistência financeira que eu receba como resultado de informações falsas ou enganosas que forneça. Entendo que minha assistência não pode ser encerrada por fornecer informações sobre uma mudança temporária.

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

Se você tiver alguma dúvida sobre esta medida, poderá entrar em contato com um membro da Unidade de assistência financeira do EEC pelo número: (617) 988-6600 ou pelo e-mail: EECSubsidyManagement@mass.gov.

Data de vigência: 2 de julho de 2020