

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)/**  
**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE**  
**CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO/SUBSIDIZED CHILD CARE**  
**ACUERDO DE ASISTENCIA FINANCIERA/FINANCIAL ASSISTANCE AGREEMENT**

Este documento explica sus derechos y sus obligaciones con respecto a la asistencia financiera para el cuidado infantil de la EEC. Por favor, lea este documento cuidadosamente y pida una aclaración si no entiende alguna parte del mismo. Guarde una copia para sus registros.

**Iniciales de los Padres:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que es ilegal obtener asistencia financiera de EEC para servicios de cuidado infantil proporcionando información o documentación falsa o engañosa, o ocultando o reteniendo información ("Fraude Comprobado"), con el propósito de establecer o mantener la elegibilidad o aumentar el nivel de asistencia para el cuidado de niños. El Fraude Comprobado puede resultar en la terminación de mi asistencia financiera para el cuidado infantil. Algunos ejemplos de tal comportamiento ilegal incluyen, pero no se limitan a:

- No informar quién está en mi hogar (por ejemplo, no informar que estoy casado o que el otro padre del niño vive conmigo);
- No informar todas las fuentes de mis ingresos (por ejemplo, no informar que recibo ingresos de otra fuente, como: empleo, ingresos por alquiler, manutención de los hijos, pensión alimenticia o ayuda financiera del otro padre para ayudar con las necesidades básicas de mi hijo);
- No informar con precisión la cantidad de ingresos que recibo (por ejemplo, no informar todo el dinero recibido del trabajo por cuenta propia, o alterar o falsificar los talones de pago);
- No informar con precisión la necesidad de servicio o los cambios en la necesidad de servicio para todos los padres (una necesidad de servicio es la actividad de trabajo, educación o capacitación - realizada durante el tiempo que necesita cuidado infantil).

\_\_\_\_\_ Entiendo que si recibo asistencia financiera de EEC como resultado de información o documentación falsa o engañosa, o como resultado de la ocultación o retención de información ("Fraude Comprobado"), seré responsable del reembolso del monto total del subsidio obtenido mediante fraude y puede ser considerado penalmente responsable.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo informar los Cambios Temporales y No Temporales dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que ocurrió el cambio. Los cambios temporales incluyen: ausencia por tiempo limitado de una necesidad de servicio debido a una enfermedad o necesidad de cuidar a un miembro de la familia (incluida la licencia de maternidad/paternidad), interrupción en el trabajo para un trabajador estacional, reducción en las horas de necesidad de servicio, cualquier finalización de la actividad aprobada por un padre debido a la emergencia covid-19, cambio o finalización de la necesidad de servicio de un padre que dura menos de 12 semanas, y un cambio de residencia dentro de la Mancomunidad. Los Cambios No Temporales incluyen: aumentos en el ingreso total del hogar que exceden el 85% del Ingreso Medio Estatal (SMI); cambios en la información de contacto de la familia; cambios en la composición del hogar; cambios en los acuerdos de custodia de los hijos; cualquier cambio de dirección fuera del estado; o cualquier cambio o finalización de la necesidad de servicio de un padre que dure más de 12 semanas. Entiendo que no informar sobre Cambios No Temporales resultará en una Violación Intencional del Programa (IPV) y puede hacerme sujeto a la descalificación de la asistencia financiera de la CEE.

\_\_\_\_\_ Entiendo que para verificar mis ingresos y necesidades de servicio, EEC o el Administrador de Subsidios pueden necesitar comunicarse con mi(s) empleador(es), colegio/universidad, escuela o programa de capacitación. Por la presente, autorizo a mi(s) empleador(es) o a la administración de la escuela a divulgar información sobre mis ingresos, salario, horas, horario de trabajo e información de inscripción escolar a EEC o al Administrador de Subsidios a quien solicito servicios de cuidado infantil subsidiados.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si mi(s) hijo(s) no están inscritos activamente en el cuidado por más de 60 días (a menos que tenga un Descanso Aprobado en el Cuidado) mi subsidio puede ser terminado por Abandono del Subsidio. Entiendo que si tengo un comprobante de Cierre de Escuela que debo usar el cuidado durante al menos cuatro (4) días durante el año académico de mi hijo o arriesgarme a la terminación por Abandono del Subsidio.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi hijo puede ser dado de baja por Ausencias Excesivas Si Explicar. Esto es no asistir al programa de cuidado infantil subsidiado por más de tres días consecutivos sin comunicarse con el proveedor. Entiendo que debo comunicarme con mi proveedor todos los días que mi(s) hijo(s) no asistan.

\_\_\_\_\_ Reconozco que si tengo un comprobante, la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCRR) me ha explicado los requisitos de salud y seguridad de los ECC para los proveedores de educación y cuidado temprano con licencia, incluidos los programas basados en el centro y los hogares de cuidado infantil familiar. Entiendo que ciertos programas no están sujetos a todas las regulaciones de salud y seguridad de la EEC. He tomado una decisión informada del proveedor de educación y cuidado temprano nombrado en el Acuerdo de Solicitud y Tarifa y acepto eximir a la Mancomunidad, al programa de educación y cuidado temprano y al CCRR de cualquier lesión o negligencia a mi(s) hijo(s) que resulte mientras esté bajo el cuidado del proveedor de cuidado infantil.

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)/  
THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE  
CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO/SUBSIDIZED CHILD CARE  
ACUERDO DE ASISTENCIA FINANCIERA/FINANCIAL ASSISTANCE AGREEMENT**

**Certifico bajo las sanciones y penas de perjurio que la información proporcionada es correcta y completa a mi mejor saber y entender.**

Nombre del Padre o Madre \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma de Padre o Madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Administrador de Subsidio \_\_\_\_\_ Nombre de la Agencia Administradora de Subsidio \_\_\_\_\_