

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)  
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO  
TEMPORARY CHANGE FORM/FORMULARIO DE CAMBIO TEMPORAL**

FECHA	FID		
NOMBRE DE PADRE/MADRE			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		
NOMBRE DEL (LOS) HIJO(S)			
PROVEEDOR/AGENCIA	NOMBRE DEL AGENTE DE SUBVENCIÓN		
NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

**Mi necesidad de servicio ha cambiado recientemente de la siguiente manera:**

- Estoy o estaré en Permiso por Maternidad a partir de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
FECHAFECHA PREVISTA
- Estoy o estaré en licencia médica a partir de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
FECHAFECHA PREVISTA
- Estoy o estaré en licencia temporal para cuidar a un miembro de la familia a partir de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
FECHAFECHA PREVISTA
- Soy un Trabajador Estacional en el Descanso de Empleo que comienza \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
FECHAFECHA PREVISTA
- Estoy o estaré experimentando una reducción en las horas de trabajo/educación a partir de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
FECHAFECHA PREVISTA
- Experimenté una pérdida de trabajo/educación debido al comienzo de la emergencia COVID-19  
\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
FECHAFECHA PREVISTA
- Estoy o estaré en otra licencia por la siguiente razón \_\_\_\_\_ empezando  
\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
FECHAFECHA PREVISTA
- Me he ido o dejaré mi actual programa de empleo o educación/capacitación en \_\_\_\_\_ y comenzaré un nuevo empleo o educación/capacitación en \_\_\_\_\_  
FECHAFECHA PREVISTA

**Certifico bajo las penas de perjurio que la información anterior es verdadera y precisa a mi entender. Entiendo que cualquier cambio en una "Fecha Prevista" debe ser reportado a mi Administrador de Subsidios dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa a mi Administrador de Subsidios de Cuidado Infantil o al Departamento de Educación y Cuidado Temprano (EEC), incluyendo detalles inexactos sobre los ingresos de mi hogar, puede resultar en la terminación de mi subsidio de cuidado infantil o la denegación de elegibilidad para un subsidio futuro. También entiendo que la EEC puede exigir que pague cualquier pago indebido por la asistencia financiera para el cuidado infantil que recibo como resultado de la información falsa o engañosa que proporciono. Entiendo que mi atención no puede ser terminada por proporcionar información sobre un cambio temporal.**

FIRMA DE MADRE/PADRE	FECHA
----------------------	-------

**Si tiene alguna pregunta sobre esta acción, puede ponerse en contacto con un miembro de la Unidad de Asistencia Financiera de la EEC en el (617) 988-6600 o [EECSubsidyManagement@mass.gov](mailto:EECSubsidyManagement@mass.gov).**