

**COSTO COMPARTIDO DE PADRES PARA EL PROGRAMA BIRTH TO 3  
BIRTH TO 3 PROGRAM PARENTAL COST SHARE**

**Declaración de Ingreso de los Padres**

**Uso de este formulario:** Este formulario es voluntario. Sin esta información, su programa Birth to 3 no puede calcular su costo compartido y usted será responsable por el máximo costo compartido. La información de identificación personal en este formulario es reunida para determinar el costo compartido de los padres y será usada sólo para este propósito.

**I. Información Familiar**

Nombre del Niño(a) (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año)
Dirección de la Familia (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Tamaño de la Familia	Número de Niños quienes actualmente participan en el programa Birth to 3	Número de Niños en la familia menores de 19 años quienes tienen una discapacidad.

**II. Información del Programa**

<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	¿Recibe su niño Asistencia Médica ( <i>Medical Assistance</i> ) por medio del programa Katie Beckett o Subsidio de Adopción para Necesidades Especiales ( <i>Special Needs Adoption Subsidy</i> )? Si su niño(a) recibe este servicio, su familia puede tener un costo compartido. Proceda a la Sección III, Información Financiera.
<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	¿Recibe su niño(a) servicios por medio del programa Apoyo Familiar ( <i>Family Support</i> )? Su familia no tendrá un costo compartido si usted actualmente está pagando un costo compartido por el programa <i>Family Support</i> . Proceda a la Sección IV, Declaración de los Padres, y provea su firma y la fecha en que firmó.

Marque los programas o servicios para los que su niño(a) / familia es elegible o que actualmente recibe.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FoodShare  | <input type="checkbox"/> Foster Care (Cuidado de Acogida)           |
| <input type="checkbox"/> W-2  | <input type="checkbox"/> Kinship Care                               |
| <input type="checkbox"/> Free or reduced lunch (Almuerzo gratis o a bajo costo) | <input type="checkbox"/> WIC (sin Katie Beckett Medical Assistance) |
| <input type="checkbox"/> SSI  |   |

**Si usted marca cualquiera de los programas arriba mencionados, usted no tiene un costo compartido (*cost share*). Por favor firme en la Sección IV, Declaración de los Padres, localizada abajo.**

**III. Información Financiera**

Su Ingreso Anual\* \$ \_\_\_\_\_

\* El ingreso anual es el ingreso total del padre(s) legalmente responsable como lo reportado en la declaración fiscal individual federal más reciente del padre(s).

**IV. Declaración de los Padres**

Yo entiendo que soy responsable por el costo compartido de los servicios proveídos. Si el costo compartido representa una dificultad financiera, yo puedo ponerme en contacto en cualquier momento con mi coordinador de servicios para una re-evaluación. Según mi leal saber y entender, la información arriba mencionada es una declaración exacta de mi ingreso actual y mi estatus familiar.

<b>FIRMA</b> – Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de Hoy (mes/día/año)
<b>FIRMA</b> – Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de Hoy (mes/día/año)

Costo Compartido de los padres por \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_ por mes.\*  
(mes/año) (mes/año)

\* Para completarse en una fecha más tarde.

**V. Declaración No-Divulgada (OPCIONAL)**

Yo he escogido no divulgar mi información financiera y estoy de acuerdo en pagar el costo compartido máximo de \$1,800 anualmente o \$150 por mes.

<b>FIRMA</b> - Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)
<b>FIRMA</b> - Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)