

Parental Rights and Responsibilities/Terms and Conditions

Child Name: [REDACTED]

Child Date of Birth: [REDACTED]

Accepted By: 0- [REDACTED]@gmail.com

Signed by Parent/Guardian: [REDACTED]

Signed by Date: [REDACTED]

Terms ID: [REDACTED]

Sample Copy

1. I understand I have the right to be notified of decisions made regarding my services and the right to appeal any decision, including reductions in or termination of services.
2. I understand that services will be provided based on placement priorities (sections 1002.87 and 1002.935, F.S.), and availability of funding. I must recertify on or before my last day of authorized care or my services will be terminated. If termination occurs, I will be fully responsible for my child care costs. To reapply for services, I must submit a new application in the Family Portal.
3. I understand my information may be shared with other state and local agencies for the purposes of program administration and public assistance fraud prevention.
4. SR - I understand that if this is my first 12-month eligibility determination, or subsequent 12-month eligibility determination where my income remains at or below 150% of the federal poverty level (FPL), it is my responsibility to report within 14 calendar days of any change of circumstances related to:
 - Address
 - Temporary/Non-temporary work or education
 - Family size
 - Failure to maintain attendance at a job training or education program
 - Income exceeds 85% of the state median income (SMI)
5. SR - I understand that after my first eligibility determination for subsequent 12-month eligibility periods, where my income exceeds 150% federal poverty level and I am considered to be in graduated phase-out from the program, it is my responsibility to report within 10 calendar days of any change of circumstances related to:
 - Address
 - Temporary/Non-temporary work or education
 - Family size
 - Failure to maintain attendance at a job training or education program
 - Income exceeds 85% of the state median income (SMI)
 - Any changes in income
6. SR PLUS - I understand that I am responsible for the payment of all child care expenses in excess of the amount of the subsidy and that at any time within my 12-month eligibility determination where my income remains above 85% state median income (SMI) and below or at 100% SMI, it is my responsibility to report within 14 calendar days any change to:
 - Address
 - Work
 - Family size
 - Family income
7. I understand that the coalition or contractor will not discriminate against my family on the basis of race, national origin, ethnic, background, sex, religious affiliation or disability.
8. I understand that if I am assessed a parent copay by the coalition or contractor for participation in the School Readiness (SR) Program, I must satisfactorily fulfill my copayment obligation before I will be allowed to transfer to another SR Program provider. Satisfactory fulfillment of the copayment obligation is defined as immediate payment of the outstanding copayment obligation or establishment of a repayment plan for the outstanding copayment obligation.
9. I understand that I have the right to unlimited access to my child during normal hours of child care provider operation and whenever the child is in the provider's care.
10. I understand that I have the right to confidentiality of my child's or children's information and the right to inspect, review and request a copy of my child's or children's SR records.
11. I understand that as a parent, I have the right to choose from a variety of child care categories, including center-based care, faith-based care, family child care and informal child care to the extent authorized in the state's Child Care and Development Fund State Plan that the United States Department of Health and Human Services approved pursuant to 45 CFR s. 98.30.
12. I accept the coalition's/contractor's determination of my income and household size used to assess my parent copay.
13. I understand that if I give false information, sign inaccurate attendance documents or fail to report changes in my circumstances that would affect my eligibility for services or the level of my services; my case may be referred to law enforcement for investigation and possible prosecution.
14. I certify that the information given in my application is true and complete to the best of my knowledge.

Derechos y responsabilidades parentales/Términos y condiciones

Nombre del Niño(a):
Fecha de Nacimiento:
Aceptado por:
Firmado por el padre/tutor:
Firmado por Fecha:
Términos de ID:

Muestra

1. Entiendo que tengo derecho a ser notificado de las decisiones tomadas con respecto a mis servicios y a apelar cualquier decisión, incluyendo reducciones o cancelaciones de los servicios.
2. Entiendo que los servicios se proporcionarán según las prioridades de colocación (secciones 1002.87 y 1002.935, Estatutos de la Florida) y la disponibilidad de fondos. Debo recertificarme antes de mi último día de cuidado autorizado o mis servicios serán cancelados. En caso de cancelación, seré completamente responsable de los costos del cuidado infantil. Para volver a solicitar los servicios, debo presentar una nueva solicitud en el Portal Familiar.
3. Entiendo que mi información puede ser compartida con otras agencias estatales y locales para fines de administración del programa y prevención del fraude en la asistencia pública.
4. SR - Entiendo que si esta es mi primera determinación de elegibilidad de 12 meses, o una determinación de elegibilidad posterior de 12 meses donde mis ingresos se mantienen en o por debajo del 150% del nivel federal de pobreza (FPL), es mi responsabilidad informar dentro de los 14 días calendario de cualquier cambio de circunstancias relacionado con:
 - o Dirección
 - o Trabajo o educación temporal/no temporal
 - o Tamaño de la familia
 - o Incumplimiento de la asistencia a un programa de capacitación laboral o educación
 - o Ingresos superiores al 85% del ingreso medio estatal (SMI)
5. SR - Entiendo que después de mi primera determinación de elegibilidad para los períodos de elegibilidad posteriores de 12 meses, donde mis ingresos superen el 150% del nivel federal de pobreza y se me considere en la fase de retiro gradual del programa, es mi responsabilidad informar dentro de los 10 días calendario de cualquier cambio de circunstancias relacionado con:
 - o Dirección
 - o Trabajo o educación temporal/no temporal
 - o Tamaño de la familia
 - o Incumplimiento de la asistencia a un programa de capacitación laboral o educación
 - o Ingresos superiores 85% del ingreso medio estatal (SMI)
 - o Cualquier cambio en los ingresos
6. SR PLUS: Entiendo que soy responsable del pago de todos los gastos de cuidado infantil que excedan el monto del subsidio y que, en cualquier momento durante mi determinación de elegibilidad de 12 meses, si mis ingresos se mantienen por encima del 85% del ingreso medio estatal (SMI) y por debajo del 100% del SMI, es mi responsabilidad informar dentro de los 14 días calendario cualquier cambio en:
 - o Dirección
 - o Trabajo
 - o Tamaño de la familia
 - o Ingresos familiares
7. Entiendo que la coalición o el contratista no discriminarán a mi familia por motivos de raza, origen nacional, origen étnico, sexo, afiliación religiosa o discapacidad.
8. Entiendo que si la coalición o el contratista me impone un copago como padre para participar en el Programa de Preparación Escolar (SR), debo cumplir satisfactoriamente con mi obligación de copago antes de que se me permita transferirme a otro proveedor del Programa SR. El cumplimiento satisfactorio de la obligación de copago se define como el pago inmediato de la obligación de copago pendiente o el establecimiento de un plan de pago para dicha obligación.
9. Entiendo que tengo derecho a acceso ilimitado a mi hijo/a durante el horario normal de atención del proveedor de cuidado infantil y siempre que esté bajo su cuidado.
10. Entiendo que tengo derecho a la confidencialidad de la información de mi/mis hijo/s y a inspeccionar, revisar y solicitar una copia de sus registros de salud reproductiva (SR).
11. Entiendo que, como padre/madre, tengo derecho a elegir entre diversas categorías de cuidado infantil, incluyendo cuidado en centros, cuidado religioso, cuidado infantil familiar y cuidado infantil informal, en la medida autorizada por el Plan Estatal del Fondo de Cuidado y Desarrollo Infantil (CDF) del estado, aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de conformidad con el Título 45 del CFR, sección 98.30.
12. Acepto la determinación de la coalición/contratista sobre mis ingresos y el tamaño de mi hogar, utilizada para calcular el copago de mis padres.
13. Entiendo que si proporciono información falsa, firmo documentos de asistencia inexactos o no informo sobre cambios en mis circunstancias que pudieran afectar mi elegibilidad para los servicios o la calidad de los mismos, mi caso podría ser remitido a las autoridades para su investigación y posible enjuiciamiento.
14. Certifico que la información proporcionada en mi solicitud es veraz y completa según mi leal saber y entender.