

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: 5/14/2026
Terms ID: [REDACTED]

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

Niño matriculado: [REDACTED]
Fecha de nacimiento del niño: [REDACTED]
Aceptado por: [REDACTED]@gmail.com
Firmado por padre: [REDACTED]
Fecha de firma: 14 de mayo 2026
Numero: [REDACTED]

1. Entiendo que tengo derecho a ser notificado de las decisiones tomadas con respecto a mis servicios y el derecho a apelar cualquier decisión, incluidas las reducciones o la cancelación de los servicios.
2. Entiendo que los servicios se prestarán según las prioridades de ubicación (secciones 1002.87 y 1002.935, FS) y la disponibilidad de fondos. Debo renovar mi certificación antes o el último día de cuidado autorizado; de lo contrario, se cancelarán mis servicios. En caso de cancelación, seré totalmente responsable de los costos del cuidado de mi hijo/a. 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 con fines de administración de programas y prevención de 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 en la que 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:
 - DIRECCIÓN
 - Trabajo o formación temporal o permanente
 - Tamaño familiar
 - Incumplimiento de la asistencia a un programa de formación laboral o educativo.
 - Los ingresos superan el 85% del ingreso medio estatal (IMS).
 - Cualquier cambio en los ingresos
5. SR - Entiendo que después de mi primera determinación de elegibilidad para los períodos de elegibilidad subsiguientes de 12 meses, cuando mis ingresos superen el 150% del nivel federal de pobreza y se considere que estoy en una fase de eliminación gradual del programa, es mi responsabilidad informar dentro de los 10 días calendario de cualquier cambio de circunstancias relacionado con:
 - DIRECCIÓN
 - Trabajo o formación temporal o permanente
 - Tamaño familiar
 - Incumplimiento de la asistencia a un programa de formación laboral o educativo.
 - Los ingresos superan el 85% del ingreso medio estatal (IMS).
 - 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 dentro de mi determinación de elegibilidad de 12 meses en el que mis ingresos permanezcan por encima del 85% del ingreso medio estatal (SMI) y por debajo o en el 100% del SMI, es mi responsabilidad informar dentro de 14 días calendario cualquier cambio a:

- DIRECCIÓN
- Trabajar
- Tamaño familiar
- Ingresos familiares

7. Entiendo que la coalición o el contratista no discriminarán a mi familia por motivos de raza, origen nacional, etnia, antecedentes, sexo, afiliación religiosa o discapacidad.
8. Entiendo que si la coalición o el contratista me cobra un copago por participar en el Programa de Preparación Escolar (PR), debo cumplir satisfactoriamente con mi obligación de copago antes de poder cambiarme a otro proveedor del Programa PR. El cumplimiento satisfactorio de la obligación de copago se define como el pago inmediato del monto adeudado o el establecimiento de un plan de pago para dicho monto.
9. Entiendo que tengo derecho a tener acceso ilimitado a mi hijo durante el horario normal de funcionamiento del centro de cuidado infantil y siempre que el niño esté bajo el cuidado del proveedor.
10. Entiendo que tengo derecho a la confidencialidad de la información de mi hijo o hijos y derecho a inspeccionar, revisar y solicitar una copia de los registros SR de mi hijo o hijos.
11. Entiendo que, como padre, tengo derecho a elegir entre una variedad de categorías de cuidado infantil, incluyendo cuidado en centros, cuidado basado en la fe, cuidado infantil familiar y cuidado infantil informal en la medida autorizada en el Plan Estatal del Fondo de Cuidado y Desarrollo Infantil del estado que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos aprobó de conformidad con 45 CFR s. 98.30.
12. Acepto la determinación que la coalición/contratista haga de mis ingresos y el tamaño de mi hogar para calcular mi copago como padre/madre.
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 el nivel de los mismos, mi caso podrá ser remitido a las autoridades policiales para su investigación y posible enjuiciamiento.
14. Certifico que la información proporcionada en mi solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender.