

Programa de Educación Temprana Colonial (CEEP) Información del Programa 'Purchase of Care'

Estimadas Familias del Programa de Educación Temprana Colonial,

Creemos que es importante mantener a nuestras familias informadas acerca de las opciones disponibles para ellas. Adjunto encontrará información sobre el programa Purchase of Care (POC)/Cuidado Infantil Subsidiado, que se ofrece a través del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Delaware (DHSS). Aquí en el Programa de Educación Temprana Colonial (CEEP), las familias que califican pueden usar de forma confidencial el programa POC para pagar todo o parte de la Matrícula de sus Pares Típicos. Nuestro número de Identificación de Sitio del programa POC es: [1710472400](tel:1710472400)

Si usted está interesado en aplicar para recibir la ayuda de 'Purchase of Care' para su hijo o hijos, por favor lea la información adjunta. Si su familia califica para 'Purchase of Care', por favor envíe una copia de su "Formulario 626-Acuerdo del Cliente para el Cuidado Infantil Subsidiado" (una muestra del formulario 626 está adjunta) a Dorothy Wiggins. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con la Sra. Wiggins al (302) 429-4096 o Dorothy.wiggins@colonial.k12.de.us.

Sinceramente,



Dawn E. Alexander, M. Ed.
Coordinador de Expansión Preescolar



A dónde ir, qué se debe documentar, y que traer al aplicar para el programa ‘Purchase of Care’:

Hay dos oficinas de la División de Salud y Servicios Sociales (DHSS) que sirven a nuestra área del Distrito Escolar Colonial:

- Las familias quienes viven al Norte de la Interestatal 295 deben visitar el **Centro de Servicio Estatal DeLaWarr** en la 500 Rogers Road, New Castle, DE 19720; el número de teléfono es 302-577-3814.
- Las familias quienes viven al Sur de la Interestatal 295 deben visitar el **Centro Corporativo de Churchman** en la 84 Christiana Road, Suite B, New Castle, DE 19720; el número de teléfono es 302-395-6740.

MANTENGA ESTA HOJA DE INFORMACIÓN EN UN LUGAR SEGURO. Este es SU hoja personal de información/verificación:

- Nuestro número de Identificación de Sitio del Programa POC de Educación Temprana Colonial es: 1890784400.
- Asegúrese de escribir el nombre del Trabajador Social con quien se reúna para una futura referencia. El nombre de mi trabajador social es: _____
- Pida una fotocopia de la aplicación y/o verificación que usted aplicó.

Para aplicar el programa Purchase of Care/Cuidado Infantil Subsidiado, traiga los siguientes documentos a su oficina local de la División de Salud y Servicios Sociales:

Marque aquí para cada documento entregado	Fecha que el documento fue entregado a DHSS	Documento necesario:
		Prueba de residencia en Delaware
		Prueba de estatus de ciudadanía legal
		Prueba de ingresos ganados de la familia; prueba de las últimas cuatro semanas
		Prueba de ingresos de la familia del Seguro Social, desempleo, pensiones, cheques del seguro social, y manutención.
		Si usted es empleado independiente, traiga la declaración de impuestos o registros
		Números de Seguro Social para todos los que estén aplicando para beneficios
		Prueba del horario de trabajo, asistencia a la escuela, o capacitación
		Prueba de necesidades médicas o necesidades especiales
		Prueba de la cooperación con los pagos de manutención.

	SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE DELAWARE DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES	ACUERDO DEL CLIENTE PARA EL CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
---	--	--

NOMBRE DEL CLIENTE _____

FECHA DE INICIO DE LA AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO _____

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO _____

Como un participante del Programa 'Purchase of Care' de la División de Servicios Sociales, yo entiendo lo siguiente:

1. Que se me puede exigir pagar una parte del costo de los gastos de cuidado infantil de mi hijo. El gasto se basa en mis ingresos y tamaño de familia. La cuota que debe pagar por cada niño se muestra a continuación.
2. Que si mi hijo está ausente la División de Servicios Sociales (DSS) pagará a la entidad de cuidado infantil hasta 5 días de ausencia al mes. Entiendo que debo pagar mi parte de la cuota por el mismo número de días de ausencia al mes que pague la DSS.
3. Que debo informar dentro de 10 días los cambios que afecten ya sea mi necesidad de cuidado infantil subsidiado o mis ingresos. Debo informar los cambios que me afectan a mí, mi esposo(a), otros padres de mis hijos que vivan en mi hogar, o de otros niños, si aplica.

<ul style="list-style-type: none"> Obtuvo un trabajo. Perdió un trabajo. Ha cambiado o empezado un nuevo trabajo. Ha obtenido un segundo trabajo. Ya no tiene un segundo trabajo. Recibe asistencia pública, seguro social, manutención, beneficios de Veterano, etc. Recibió un aumento o disminución en los ingresos de \$75 o más al mes. 	<ul style="list-style-type: none"> Recibió un aumento o disminución en asistencia pública, seguro social, manutención, beneficios de Veterano, etc. de \$75 o más al mes. Se inscribió en una clase de educación o capacitación. Ya no está inscrito en una clase de educación o capacitación. Ya no necesita Necesidades Especiales de cuidado infantil.
--	---

4. Que yo también debo reportar los cambios que puedan o no afectar mi necesidad de o mis ingresos:
 - Estado Marital
 - Tamaño de la familia
 - Dirección
5. Como un participante del Programa de Cuidado Infantil Subsidiado DSS yo además entiendo:
 - Que si yo tengo pensado cambiar mi proveedor de cuidado infantil durante el periodo de autorización indicado arriba, yo notificaré mi trabajador por lo menos 5 días antes de cambiar a mi hijo para que una nueva autorización pueda ser procesada.
 - Que yo le notificaré a mi proveedor de cuidado infantil actual de mi intención de cambiar a mi hijo por lo menos 5 días antes de cambiar a mi hijo(s).
 - Que puedo ser responsable por el pago a mi proveedor de cuidado infantil al cargo privado del proveedor si yo no consigo ser re-determinado elegible para los servicios.
 - Que mi proveedor puede cobrarme un cargo de recoger tarde, cargo por cheques devueltos y cargos por viajes escolares. Que yo no soy responsable por ningún otro cargo del proveedor que no esté incluido en el Contrato o Certificado de Cuidado Infantil.
 - Yo deberé devolver a la División de Servicios Sociales los pagos hechos para mis hijos si yo continúo usando el servicio de cuidado infantil cuando ya no sea elegible para recibir el servicio.
 - Que yo pueda experimentar una disrupción en el servicio de cuidado infantil de mi hijo si yo fallo el responder las peticiones de Control de Calidad de Asistencia de DSS.
 - Que este servicio terminará automáticamente en la fecha de vencimiento a menos que yo contacte a mi trabajador para una cita antes de la fecha de vencimiento del servicio de arriba.

En consideración por el pago hecho por DSS, yo por la presente libero a la División de cualquier reclamo o causa de acción y acuerdo que yo no haré a la División responsable por cualquier lesión, dolencia, o enfermedad de mi hijo(s) que resulte por o durante el transcurso del servicio.

Padre Adulto	Pariente de Cuidado	Trabajador de DSS	Fecha
Padre Menor	Padre Menor/ Pariente de Cuidado		
Niños en Cuidado	Numero MCI	Nombre del Proveedor	Cuota Diaria Estimada (puede cambiar)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____