



Human Services
 Child Development Services Bureau
 P.O. Box 421380
 Miami, Florida 33242-9968
 T 305-514-6810 F 305-514-6826

miamidade.gov

Return by	Expires on

Dear Parent /Guardian:

You have been selected to submit your childcare application by mail. This information **MUST BE RETURNED/MAILED IN THE ENCLOSED POSTAGE PAID ENVELOPE** to PO Box 421380, Miami, Florida, 33242 or **DROPPED IN THE BOX IN THE LOBBY** at 2525 NW 62 Street by the return date listed above.

Enclosed are all the forms you need to **complete and sign**. These forms are also available on our website: <http://www.miamidade.gov/DHS/library/redetermine-packet.pdf> or can be obtained from your provider.

Please check each box below as you complete each form.

SECTION A: Forms Packet

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Child Care Application <input type="checkbox"/> 2. Income Worksheet for Application <input type="checkbox"/> 3. Verification of Employment
(if paid by cash/personal check) <input type="checkbox"/> 4. Terms and Conditions for Application <input type="checkbox"/> 5. Rights and Responsibilities For Service | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 6. Family Needs Assessment Information Form <input type="checkbox"/> 7. Child Support Statement <input type="checkbox"/> 8. Change of Address (if applicable) <input type="checkbox"/> 9. New referral required for DCF and South Florida Workforce clients |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SECTION B: Income Verification

For both earned and unearned income for yourself and your spouse (spouse, if applicable), please attach the following: If you are paid:

1. Weekly – Attach your last **six (6) pay stubs***
2. Bi-weekly – Attach your last **three (3) pay stubs***
3. Monthly – Attach your last **two (2) pay stubs***
4. Twice monthly – Attach your last **three (3) pay stubs***
5. Cash/personal check – **Attach Verification of Employment form filled out by your employer with your name, date current employment began, hours worked, and gross income before deductions for each pay period during the last consecutive six weeks of employment. The statement must have the employer’s name, address and phone number.**

**Stubs must indicate the name, address, phone number of the employer, number of hours worked, and gross salary (gross deductions).*

Please take a moment and check each box to ensure that you have completed and signed each form and included any additional needed information. Mail your application in the enclosed postage paid envelope by the return date listed above.

Your documents will be reviewed and you will be sent written notification of your status for continued childcare services.

REMEMBER, FAILURE TO COMPLY AND RETURN INFORMATION COULD RESULT IN TERMINATION OF YOUR CHILD CARE SERVICES

If you have questions or need assistance in completing any form, please contact us at (305) 514-6810.

Thank you for your cooperation.



Devuelva

Expira

Estimado Padre/Custodio:

Usted ha sido seleccionado para enviar su solicitud por correo. Esta información DEBE SER DEVUELTA EN EL SOBRE PREPAGADO INCLUIDO al PO Box 421380 Miami, Florida 33242 o DEPOSITADA EN LA CAJA UBICADA en 2525 NW 62 Street para la fecha indicada.

Encontrará adjuntos a la presente todos los formularios que usted necesita **rellenar y firmar**. Estos formularios también están disponibles en nuestra página internet: <http://www.miamidade.gov/DHS/library/redetermine-packet.pdf> o puede ser obtenido de su proveedor.

Sírvase marcar cada casilla abajo a medida que complete cada formulario.

SECCIÓN A: Paquete de Formularios

- 1. Solicitud de cuidado infantil
- 2. Planilla de ingresos para la solicitud
- 3. Formulario de Verificación de Empleo (si le pagan en efectivo/cheque personal)
- 4. Términos y condiciones de la solicitud
- 5. Derechos y responsabilidades por el servicio
- 6. Formulario de Información sobre la evaluación de las necesidades familiares
- 7. Declaración de manutención de menores
- 8. Cambio de dirección (si resulta aplicable)
- 9. Los clientes de DCF y de "South Florida Workforce" **necesitan presentar un nuevo referido.**

SECCIÓN B: Verificación de Ingresos

Tanto si existen ingresos por salario como otros ingresos, para usted y su cónyuge (cónyuge, si resulta aplicable), sírvase adjuntar lo siguiente:

- Si recibe algún pago:
1. Semanal – adjunte los últimos **seis (6) comprobantes de cheques***
 2. Cada dos semanas – adjunte los últimos **tres (3) comprobantes de cheques***
 3. Una vez por mes – adjunte los últimos **dos (2) comprobantes de cheques***
 4. Dos veces al mes – adjunte los últimos **tres (3) comprobantes de cheques***
 5. En efectivo/ cheque personal – **adjunte el formulario de Verificación de Empleo relleno completado por su empleador que indique su nombre, la fecha en que comenzó su empleo actual, la cantidad de horas trabajadas y sus ingresos brutos antes de las deducciones realizadas a cada sueldo, durante las últimas seis semanas consecutivas de empleo. La declaración tiene que reflejar el nombre, la dirección y el teléfono de su empleador.**

***Los comprobantes de cheques deben indicar el nombre, la dirección y el teléfono de su empleador, el número de horas trabajadas y el salario bruto (deducciones brutas).**

Sírvase tomar un momento para revisar cada casilla y asegurarse de haber relleno y firmado cada formulario e incluido cualquier información adicional necesaria.

Devuelva la información en el sobre prepago incluido para la fecha indicada arriba.

Sus documentos se revisarán y se le enviará a usted una notificación por escrito sobre su estado de continuidad para recibir servicios de cuidado infantil.

RECUERDE QUE SI USTED NO CUMPLE EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN EL RESULTADO PODRÍA SER LA CANCELACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia para completar algún formulario sírvase llamar al 305-514-6810.

Gracias por su cooperación.

Child Care Services

Parent Re-Determination Packet

This packet is designed to simplify the Child Care Services Re-Determination Process. Carefully complete all the forms and gather the required supporting documents that will make the process more efficient.

Please fill in all required information and review the forms for accuracy. Correct and initial any changes that you make. Do not use white out or corrective tape.

Complete and Sign

- Child Care Application
- Child Support Statement (if applicable)
- Family Needs Assessment
- Verification of Employment/Loss of Income
- Change of Address (if applicable)

Complete, sign and provide supporting documents

■ Income Worksheet

Supporting Documents:

Verification of income, both earned and unearned for yourself and your spouse.

- If paid by check, paycheck stubs must indicate the name, address, phone number of the employer, number of hours worked, and gross salary.

If you are paid:

- Weekly, you must submit the last six (6) pay stubs
- Bi-weekly, you must submit the last three (3) pay stubs
- Twice monthly, you must submit last three (3) pay stubs
- Monthly, you must submit the last two (2) pay stubs
- If paid in cash/personal check, your employer must complete Section I, II, III, and IV of the enclosed Income Verification Form. Section II should be completed only if you are reporting a loss of income. In Section III, it is important for your employer to list the last consecutive six weeks of pay.

If you have changed employment in the last two months, you must provide pay stubs from the previous and current employers.

Read and Sign

- Terms and Conditions
- Rights and Responsibilities

If you have a South FL Workforce or DCF Counselor, you must obtain an updated child care referral and return it with this package. Please be aware that the application/mail-in process cannot be completed without the referral. The terminated case will be returned to the eligibility office according to your residence zip code.

Servicios de Cuidado Infantil

Formulario de redeterminación para los padres

Esta serie de formularios ha sido diseñada para simplificar el proceso de redeterminación, y hacerlos más eficientes. Complete cuidadosamente todos los formularios y reúna los documentos requeridos que justifican los servicios.

Por favor complete la información requerida y revise que el contenido en todos los formularios estén completos y correctos. Inicie cualquier cambio que haga y no use líquido ni cinta correctiva.

Complete y Firme

- Aplicación
- Declaración de Manutención (si aplica)
- Formulario de información sobre la Evaluación de las Necesidades de la Familia
- Verificación de Empleo/pérdida de Ingreso
- Cambio de Dirección (si aplica)

Complete, firme, y provea los documentos requeridos

■ Formulario de Ingresos Recibidos

Documentos que demuestran empleo:

Verificación de ingresos, devengados o no, suyos y de su cónyuge.

- *Si le pagan con cheques, los comprobantes de cheques deben indicar el nombre, dirección, teléfono del empleador, número de horas trabajadas y el salario antes de deducir impuestos.*

Si le Pagan:

- *Semanal, debe presentar los últimos seis (6) comprobantes de cheques.*
- *Quincenal, debe presentar los últimos tres (3) comprobantes de cheques.*
- *Dos veces al mes – debe presentar los últimos tres (3) comprobantes de cheques.*
- *Mensual, debe presentar los últimos dos (2) comprobantes de cheques.*
- *Si le pagan en efectivo, su empleador necesita completar las secciones I, II, III y IV del formulario adjunto de verificación de empleo. La Sección II debe ser completada solamente si Ud. está reportando pérdida de ingresos. En la Sección III, es muy importante que su empleador reporte las últimas seis semanas de pago en orden consecutivo.*

Si Ud. ha cambiado de empleo en los últimos dos meses, Ud. tiene que enviar el último comprobante de su empleo anterior y los comprobantes de su empleo actual.

Lea y Firme

- Condiciones para la aplicación
- Derechos y responsabilidades

Si usted tiene un consejero del programa en South FL Workforce o DCF, debe obtener un referido actualizado con fechas que cubran el próximo período de servicio, y presentarlo con estos formularios. Por favor comprenda que el proceso de aplicación y redeterminación por correo no podrá ser finalizado sin este referido y el caso cerrado será devuelto a la oficina de elegibilidad de acuerdo a su código postal.



Parent/Guardian Information | Información del Padre/Guardián

Last Name <i>Apellido</i>			First Name <i>Nombre</i>		MI (print) <i>Inicial</i>	Social Security # (last 4 digits) <i>Número del Seguro Social (los últimos 4 dígitos)</i>	DOB <i>Fecha de Nacimiento</i>	Sex <i>Sexo</i>	Race <i>Raza</i>
------------------------------	--	--	-----------------------------	--	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	--------------------	---------------------

Spouse or other Parent (if applicable) <i>Cónyuge u otro Padre (si aplica)</i>			Last name <i>Apellido</i>	First Name <i>Nombre</i>	MI (print) <i>Inicial</i>	Social Security # (last 4 digits) <i>Número del Seguro Social (los últimos 4 dígitos)</i>	DOB <i>Fecha de Nacimiento</i>	Sex <i>Sexo</i>	Race <i>Raza</i>
-----------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	--------------------	---------------------

Address <i>Dirección</i>		City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip <i>Zona Postal</i>	Home Phone No <i>Teléfono de casa</i>	Other Phone No <i>Otro Teléfono</i>
-----------------------------	--	-----------------------	------------------------	---------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------

Client's legal marital status | Estado civil legal

Single | *Soltero(a)* Married | *Casado* Divorce | *Divorciado(a)* Widowed | *Viudo(a)* Separated | *Separado(a)*

Child(ren) authorized to receive care | Niños(as) autorizadas a recibir servicios

Name <i>Nombre</i>	Social Security # (last 4 digits) <i>Número del Seguro Social (los últimos 4 dígitos)</i>	Birth Date <i>Fecha de Nacimiento</i>	Race <i>Raza</i>	Sex <i>Sexo</i>	Relationship to Client <i>Relación con cliente</i>

Household Information | Información del Hogar

How many people live in your house (boyfriend, child over 18, etc.) | *Número de personas en su hogar (novio/a, hijo/a mayor de 18 años, etc)*

Adults | *Adultos* ____ Children | *Niños* ____ Describe relationship | *Describe la relación* _____

Lists others living in household <i>Enumere otros que habitan en su hogar</i>	Social Security # (last 4 digits) <i>Número del Seguro Social (los últimos 4 dígitos)</i>	Birth Date <i>Fecha de Nacimiento</i>	Race <i>Raza</i>	Sex <i>Sexo</i>	Relationship <i>Relación</i>	Income <i>Ingreso</i>

I hereby certify that the information provided above is correct. I understand that if I give false information my case may be referred to the Florida Department of Financial Services, Public Assistance Fraud for action.

Certifico que la información provista arriba es correcta. Entiendo que si proveo información falsa, mi caso podrá ser referido al Departamento de Servicios Financieros, Asistencia Publica de Fraude, para acción.

Applicant Signature | Firma del Cliente  _____ Date | Fecha _____





Income Worksheet for Application

Formulario de Ingresos Recibidos



Primary Working Parent/Guardian | Padre (Madre) Primario(a) Trabajando

How often do you get paid? | Cuando le pagan? Weekly | Semanal Bi-weekly | Quincenal
 Twice-monthly | Dos veces al mes Monthly | Mensual

Gross Amount Earned | Ingresos antes de deducir impuestos \$ _____

Employer's Name | Nombre del Empleador _____ Address | Dirección _____ (_____) _____
 Phone Number | Teléfono _____

WORK SCHEDULE Hours worked each day | Horario Diario de Trabajo

Monday lunes		Tuesday martes		Wed miércoles		Thursday jueves		Friday viernes		Saturday sábado		Sunday domingo	
FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A

Other Working Spouse/Parent | Otro Cónyuge/Padre (Madre) Trabajando

How often do you get paid? | Cuando le pagan? Weekly | Semanal Bi-weekly | Quincenal
 Twice-monthly | Dos veces al mes Monthly | Mensual

Gross Amount Earned | Ingresos antes de deducir impuestos \$ _____

Employer's Name | Nombre del Empleador _____ Address | Dirección _____ (_____) _____
 Phone Number | Teléfono _____

WORK SCHEDULE Hours worked each day | Horario Diario de Trabajo

Monday lunes		Tuesday martes		Wed miércoles		Thursday jueves		Friday viernes		Saturday sábado		Sunday domingo	
FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A	FROM DE	TO A

 Number of working people in your immediate family
 Número de personas trabajando en la familia inmediata

\$ _____
 Total Gross Monthly Family Income
 Ingreso Total Mensual de la Familia

Complete the back and sign ►
 Complete detrás y firme



If the parent/guardian or child(ren) receives any of the following type of income or benefits, check the type received.

Where the space is provided, enter the case or account number and the amount received.

Si algún miembro familiar recibe algunas(os) de las siguientes entradas o beneficios marque el área correcta.

En el espacio apropiado escriba el número del caso y la cantidad recibida.

Type of Income <i>Tipo de Entrada</i>	Have it? <i>Recibe</i>		Amount <i>Cantidad</i>	Name of family member receiving income <i>Nombre del miembro familiar que recibe los ingresos</i>	Included		Work Space for Income and Parent Fee <i>Espacio para el ingreso y tarifa del padre</i>
	Y	N			Y	N	
Employment <i>Empleo</i>							
Child Support <i>Manutención de los Hijos</i>							
Social Security <i>Seguro Social</i>							
Interest/Dividends <i>Intereses/ Dividendos</i>							
Veteran Benefits <i>Pensión de Veteranos</i>							
Retirement Benefits <i>Pensión de Retirado</i>							
Unemployment <i>Beneficios por Desempleo</i>							
Food Stamps <i>Sellos de Comida</i> Case <i>Caso #</i> _____							
All Other Income <i>Otros Ingresos</i>							
Housing Assistance <i>Asistencia para Vivienda</i>							
Alimony <i>Pensión de Divorcio</i>							
Military Housing <i>Vivienda Militar</i>							
Adopt Ben <i>Beneficios de Adopción</i>							
TANF Case <i>Caso #</i> _____							
Other <i>Otro</i>							
Other <i>Otro</i>							
Other <i>Otro</i>							
Total Income \$ _____							
Signature of Counselor _____							
Date _____							

FOR OFFICE USE ONLY

You must also provide verification of income, both earned and unearned for yourself and your spouse, if applicable. To verify income, please submit the following:

- * If paid by check, paycheck stubs must indicate the name, address, phone number of the employer, number of hours worked, and gross salary (before deductions).

If you are paid:

- * Weekly, you must submit the last six (6) pay stubs
- * Bi-weekly, you must submit the last three (3) pay stubs
- * Twice monthly, you must submit the last three (3) pay stubs
- * Monthly, you must submit the last two (2) pay stubs
- * If paid in cash/personal check, you must submit an income verification form or signed statement from your employer reflecting your name, date current employment began, hours worked, and income (gross and net) for each pay period during the last consecutive six weeks of employment. The statement must have the employer's name, address, and phone number.

Usted debe de proveer verificación de sus ingresos, devengados o no, suyos y de su pareja, si aplica. Para verificar sus ingresos debe de presentar lo siguiente:

- * Si le pagan con cheques los comprobantes deben indicar el nombre, dirección, teléfono del empleador, número de horas trabajados, y total de ingresos antes y después de deducir impuestos.

Si le pagan:

- * Semanal, usted debe presentar los últimos seis (6) comprobantes de cheques.
- * Quincenal, usted debe presentar los últimos tres (3) comprobantes de cheques.
- * Dos veces al mes, usted debe presentar los últimos tres (3) comprobantes de cheques.
- * Mensual, usted debe presentar los últimos dos (2) comprobantes de cheques.
- * Si le pagan en efectivo (cash) o cheques personales, debe presentar el "Formulario de Verificación de Empleo" o una declaración del empleador reflejando su nombre, fecha que empezó el presente empleo, horas trabajadas e ingresos (bruto y neto) de cada periodo de pago durante las últimas seis (6) semanas de empleo. La declaración debe incluir el nombre del empleador, la dirección y el teléfono.

X

Primary Parent/Guardian Signature

Firma del Padre (Madre)/Guardian Primario(a)

Date

Fecha

X

Other Spouse/Parent/Guardian Signature

Firma del Cónyuge/Padre (Madre)/Guardian

Date

Fecha





Verification of Employment/Loss of Income

Verificación de Empleo/Pérdida de Ingreso



Applicant Solicitante	Submit by Presentar antes de

In order to determine the eligibility for financially assisted child care services, please assist us by answering the questions below.

Con el fin de determinar su elegibilidad para asistencia financiera para servicios de cuidado infantil, por favor conteste el formulario.

Employer Information

Información del Empleador

Employer Name (Print) Nombre del Empleador		Date Fecha	
Address Dirección		City Ciudad	State Estado
		Zip Code Código Postal	

Section I General Information

Información General

Name Of Employee Nombre del Empleado	Social Security # Número de Seguro Social
Address of Employee Dirección del Empleado	

1	Job title or type of work performed <i>Título o posición del empleado</i>	Hours worked per week <i>Total de horas trabajada</i>	Days worked per week <i>Días que trabaja por semana</i>
2	How often is/was the employee paid? <i>Con que frecuencia recibe pago?</i> <input type="checkbox"/> Daily <i>Diario</i> <input type="checkbox"/> Weekly <i>Semanal</i> <input type="checkbox"/> Biweekly <i>Quincenal</i> <input type="checkbox"/> Twice Monthly <i>Dos veces al mes</i> <input type="checkbox"/> Monthly <i>Mensual</i>	Rate of pay per hour <i>Cuanto le pagan por hora</i> \$ _____	<input type="checkbox"/> Other pay rates (Explain) <i>Frecuencia de pago (Explique)</i>
3	Number of dependents claimed <i>Número de dependientes</i>	Date current employment began <i>fecha cuando comenzó empleo</i>	Date previously employed <i>Fecha de empleo previo</i>
4	Does/did employee receive tips / commission? <i>¿El empleado recibe propinas o comisiones?</i> <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>	If yes how much <i>Cuánto</i> \$ _____ When <i>Cuánto</i>	Is/was employment seasonal? <i>Empleo es temporal?</i> <input type="checkbox"/> Yes <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>
			If yes, season begins <i>Cuándo empieza temporada</i> ____ / ____ / ____ Ends <i>termina</i> ____ / ____ / ____



Section II – Loss of Income *Pérdida De Ingreso*

Complete this section only if you are reporting a loss of income.

Complete esta sección si Ud. está reportando pérdida de ingresos.

Date employment ended Fecha que el empleo terminó?		Reason for termination Razón porqué el empleo terminó?	
Is the loss of income Indique la pérdida de ingreso <input type="checkbox"/> Permanent Permanente <input type="checkbox"/> Temporary Temporal	If temporary, when do you expect the employee to return to work? Si temporal, cuándo regresa al empleo? ____/____/____	Date employee received final check Fecha que recibió el último cheque ____/____/____	Gross amount Ingresos brutos \$ _____
Will employee receive any vacation pay, retirement refund, or other? El empleado va recibir pagos por vacaciones, fondos de retiro u otros? <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	if yes, what type? Si la respuesta es sí, indique qué tipo. _____	Date received Fecha que recibió pago ____/____/____	Amount Cantidad \$ _____
Is employee eligible for any type of benefits from your company, such as extended insurance coverage, worker's compensation, other? Es el empleado ilegible para recibir otros tipos de beneficios de su compañía, como seguros, compensación de trabajador u otros? <input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	If yes, please explain Por favor, explique _____	Insurance Company Nombre de compañía de seguro _____	

– Shaded areas below should be completed by employer only –
– Áreas sombreadas debajo deben ser completadas solamente por el empleador –

Section III – Record of Pay Received *Lista De Pagos Recibidos*

Employer, please do not use white-out or correction fluid on this form. Please initial any changes.
Empleador, favor de no usar líquido correctivo en esta forma.

Pay period ends Cierre de nómina	Date pay received Día de pago	Gross earnings Ingresos brutos	Number of hours worked Número de horas trabajadas	Tips Propinas	Earned income credit Crédito por ingresos	Net Pay Ingreso Neto

– Shaded areas above should be completed by employer only –
– Áreas sombreadas arriba debe ser completadas solamente por el empleador –

Section IV – Employer Information | *Nombre del Empleador*

What I have written on this form is true to the best of my knowledge. I know that if I give false information, I may be subject to prosecution for fraud. Please be advised that this information will be verified with you to ensure authenticity.

Yo certifico que la información reportada en este formulario es correcta. Yo entiendo que reportar información falsa, podría ser cometido a juicio por fraude.

Employer | Nombre de Empleador en letra de molde

Employer's Title | Título del Empleador

Employer's Signature | Firma del Empleador

Date Completed | Fecha

Telephone Number | Número de Teléfono

Business Name | Nombre de Negocio

Address | Dirección





Terms And Conditions for Application

Condiciones para la Aplicación



Your Choice of Child Care

You may choose from legally operating, child care arrangements and providers including: licensed centers, licensed homes, registered homes, faith-based care, school based programs, in-home care, relative care or other informal arrangement providers with an executed Provider Agreement with the Early Learning Coalition of Miami-Dade/Monroe. You are guaranteed the right of "parental choice" in selecting a child care provider. "For children at risk of abuse or neglect, informal childcare may only be authorized by exception when no licensed child care homes or facilities are available within close proximity to work or home. (CCDF 3.1.4)" Your child will not be placed in any child care arrangement without your approval.

Access to children in care

Your child care provider must allow you to visit your child at any time while they are in care.

You may lose your child care if you:

1. Fail to comply with your South FL Workforce/DCF requirements, or
2. Fail to provide documents or information required by your parent counselor, or
3. Fail to pay your "parent fee" to the child care provider, or
4. Lose or quit your job without good cause, or
5. Inappropriate conduct by you or your child at a child care facility or at the community child care coordinating agency, or
6. Knowingly provide false information during the application or redetermination process, or
7. Fail to notify your parent counselor of changes in your participation, employment, or family circumstances including change of address and changes in family composition within 10 calendar days, or
8. Fail to complete the re-determination process prior to the last authorized day of services.

Parent/Guardian Statement

I have read and understand the above information. I certify that the information given in my application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that if I provide false information, I may be liable for prosecution under state law and child care services will be terminated.

For all children not yet enrolled in school, the subsidized child care program will provide developmental screening. I consent to this screening with the understanding that I will receive the results of that screening and will be informed of any recommendations.

Su Elección de Cuidado Infantil

Usted puede escoger entre todos los proveedores de servicios disponibles para el cuidado infantil que operan legalmente incluyendo: centros y hogares autorizados, hogares registrados, instituciones religiosas, programas escolares, cuidado en la casa, cuidado de parientes, u otro método informal de cuidado que hayan firmado un "Acuerdo de Proveedor" con la Coalición de Enseñanza Temprana de Miami-Dade/Monroe. A usted se le garantiza el derecho de "Elección de los Padres" en cuanto a su selección del proveedor de servicios. "Para niños en riesgo de abuso o negligencia, el cuidado de niños informal sólo será autorizado como excepción cuando no hayan hogares o instalaciones de cuidado infantil con licencias disponibles cerca del trabajo o el hogar. (CCDF 3.1.4)" Su hijo/a no será inscrito en ningún programa sin su aprobación.

Acceso a sus Hijos durante el Cuidado Infantil

El proveedor deberá permitirle visitar a su hijo/a en cualquier momento que usted desee mientras estén bajo este cuidado.

Podría Perder los Servicios de Cuidado Infantil si Usted:

1. No cumple con los requisitos del programa de empleo South Florida Workforce/Departamento de Niños y Familias,
2. No provee los documentos o información requerida por su consejero,
3. Falta en el cumplimiento del pago de su cuota,
4. Pierde o deja su trabajo por un motivo injustificado,
5. Comportamiento inapropiado suyo o de sus hijos en un centro de cuidado infantil o en una agencia coordinadora de servicios de la comunidad,
6. Provee conscientemente información falsa durante el proceso de aplicación o redeterminación,
7. Falta en notificar a su consejero de cualquier cambio en su participación, empleo, o circunstancias familiares incluyendo cambios de dirección, teléfono, y/o cambios en la composición familiar en 10 días.
8. Falta de completar el proceso de re-determinación antes de la fecha de vencimiento de sus servicios.

Declaración de los Padres

He leído y entendido la información mencionada. Certifico que la información presentada en la aplicación es verdadera y completa. Entiendo que si doy información falsa, podría ser sometido a juicio bajo las leyes estatales y el servicio de cuidado infantil sería revocado.

Para todos los niños que aún no estén inscritos en la escuela, el programa de cuidado infantil subsidiado proveerá

Complete the back and sign ►
Complete detrás y firme

I give consent to the Department of Children and Families and/or the Florida Department of Financial Services, Public Assistance Fraud to request all information relating to my eligibility and to make inquiry into all statements or information given in the application. I understand that if I give false information, sign inaccurate attendance documents or fail to report changes in my circumstances, my case may be referred to the Florida Department of Financial Services, Public Assistance Fraud Division, for action.

I understand that I may not be discriminated against based on race, national origin, ethnic background, sex, religious affiliation or disability.

I understand that I may request a case review by the child care agency and the Early Learning Coalition of Miami-Dade/Monroe for any decision that is made to impact my child care services.

evaluaciones del desarrollo infantil. Estoy de acuerdo y doy mi aprobación para estas evaluaciones con el entendimiento que recibiré los resultados y seré informado de cualquier recomendación.

Doy mi consentimiento al Departamento de Niños y Familias y/o al Departamento de Servicios Financieros, División de Fraude de Asistencia Pública para que solicite toda información relacionada con mi elegibilidad, que investigue todas las declaraciones y toda la información presentada en la aplicación. Entiendo que si proveo información falsa, firmo hojas de asistencia erradas, o fallo en reportar cambios en las circunstancias familiares, mi caso podrá ser referido al Departamento de Servicios Financieros, División de Fraude de Asistencia Pública.

Entiendo que no puedo ser discriminado basado en raza, origen, nacionalidad, sexo, religión o incapacidad.

Entiendo que puedo solicitar una revisión de mi caso a la agencia de cuidado infantil y la Coalición de Enseñanza Temprana de Miami-Dade / Monroe por cualquier decisión que pueda afectar mis servicios de cuidado infantil.

X _____
Parent or Legal Guardian (Signature) | *Padres o Guardianes (Firma)* _____
Date | *Fecha*

X _____
Secondary Parent (Signature) | *Padres Secundario (Firma)* _____
Date | *Fecha*

Dont forget! If you have not received a renewal packet before your care end date, YOU are responsible for contacting your child care provider or Child Development Services.

Recuerde Si Ud no recibe un paquete de renovación antes de la fecha de vencimiento de su caso, es su responsabilidad contactar su proveedor de servicios o Child Development Services.





Child Support Statement

Declaración de Manutención



Select one of the statements listed below based on support for each child in the household

I hereby certify that I DO receive child support for the following children: (Proof of child support must be provided for the last 6 weeks – Written statement from absent parent, Check stubs, document from Clerk of Court, or print out from www.myfloridacounty.com)

Child's Name	Absent Parent's Name
_____	_____
_____	_____

I hereby certify that the court has ordered child support for the following children. (Proof of child support must be provided for the last 6 weeks – Check stubs, document from Clerk of Court, or print out from www.myfloridacounty.com)

Child's Name	Absent Parent's Name
_____	_____
_____	_____

I hereby certify that I DO NOT receive child support for the following children:

Child's Name	Absent Parent's Name
_____	_____
_____	_____

I agree to notify Miami Dade County Department of Human Services Child Development Services within ten (10) days if my situation changes in any way.

This statement serves two purposes. First, it shows that the Eligibility Specialist addressed the issue of child support, and second, should the information provided later show to be false, then this document can be used to establish the parent/guardian misrepresented their circumstances.

If I provide false information, I am liable for penalty of perjury, which is a first degree misdemeanor, punishable by a definite term of imprisonment, not exceeding one year and/or a fine not exceeding \$1,000 pursuant to ss.837.012, or 775.082, or 775.083, Florida Statutes.

Seleccione la declaración que describe la manutención de cada niño en su familia:

Yo certifico que recibo manutención para el siguiente/s niño/os: (Prueba de pago de manutención por las últimas seis semanas- declaración del padre ausente, copias de cheques/ money orders, documentos de la corte o impreso del historial de pagos de www.myfloridacounty.com)

Nombre del Niño/s	Padre Ausente
_____	_____
_____	_____

Yo certifico que la corte ha ordenado manutención para el siguiente/s niño/s; (Prueba de pago de manutención por las últimas seis semanas- declaración del padre ausente, copias de cheques/money orders, documentos de la corte o impreso del historial de pagos de www.myfloridacounty.com)

Nombre del Niño/s	Padre Ausente
_____	_____
_____	_____

Yo certifico que no recibo manutención por el siguiente/s niño/s:

Nombre del Niño/s	Padre Ausente
_____	_____
_____	_____

Yo estoy de acuerdo en notificar a Child Development Services en diez (10) días si la situación cambia en alguna forma.

Esta declaración tiene dos propósitos. Primero, demostrar que la Especialista de Elegibilidad discutió la manutención, y segundo, si la información declarada es falsa, entonces este documento servirá para establecer falsa representación del padre/guardián de estas circunstancias.

Si yo reporto información falsa, estoy expuesto a una pena de perjurio, la cual es una falta de primer grado, y castigable con un término de encarcelamiento que no excede un año y/o una multa que no excede \$1,000, según Estatutos de la Florida ss.837.012 o 775.083

X _____
Client's Signature
Firma del Cliente

Date
Fecha



School Readiness

Provisions of school readiness services are subject to availability of funding and placement priorities.

You Have The Right To:

- not be discriminated against based on race, national origin, ethnic background, sex, religious affiliation, or disability.
- quality services for your child(ren).
- participate in and observe your child(ren)'s activities at the child care provider.
- request from Miami-Dade Department of Human Services' Child Development Services staff information and referral for any social services you may need.
- request assistance from Miami-Dade Department of Human Services' Child Development Services staff with any problems you may have with delivery of services by the childcare provider.

You Have The Responsibility To:

- enroll your child(ren) with your selected provider during the eligibility process or within 10 working days of this interview. Failure to enroll within 10 days will require you to complete the eligibility process again.
- adhere to the hours of operation of the childcare provider, as well as the hours of services specified on this form. The State of Florida Department of Children and Families and/or Police may be contacted, if late pick-up becomes a problem. The center may charge a late pick-up fee, which you are responsible for paying.
- know that service may be terminated if your child(ren)'s medical records are not up-to-date.
- keep Child Development Services and your child care provider informed of any changes in your living arrangements and a current emergency contact number.
- pay assessed fee in advance of any calendar week, regardless of attendance. Child care service will be terminated if fees are not paid. Future services will be prohibited until all delinquent fees have been paid. If the child assessed the larger fee is withdrawn from the program, the larger fee will then be assigned to your youngest remaining child.
- notify and provide written documentation for all absences to child(ren) provider; if not, service will be terminated.
- complete all requirements for redetermination prior to your expiration date to ensure continued eligibility for services.
- **know that Miami-Dade Department of Human Services' Child Development Services is not responsible for child care payment beyond the date of authorization that has been approved as a result of this redetermination.**

Preparación Escolar

Los servicios de preparación escolar están sujetos a disponibilidad de fondos y las prioridades de asignación.

Tiene el Derecho a:

- *Usted tiene el derecho a no ser discriminado basado en raza, nacionalidad, sexo, religión, o incapacidad.*
- *Servicios de calidad para sus hijos/hijas.*
- *Participar en las actividades del centro de cuidado infantil y observar a su hijo/hija.*
- *Solicitar a los empleados del Departamento de Servicios Humanos del Condado de Miami-Dade, Servicios para el Desarrollo Infantil (CDS) que le ofrezcan información y referidos para cualquier tipo de servicio social que pueda necesitar.*
- *Solicitar de los empleados del Departamento de Servicios Humanos del Condado Miami-Dade, Servicios para el Desarrollo Infantil (CDS) asistencia con cualquier problema que pueda tener con los servicios del proveedor de cuidado infantil.*

Usted Tiene la Responsabilidad de:

- *Inscribir a su hijo/a lo antes posible después de haber seleccionado un proveedor. Entregue una copia de este formulario al proveedor escogido cuando matricule a los niños/as.*
- *Observar las horas de operación del proveedor del centro de cuidado infantil así como las horas de servicio que especifica este formulario. El proveedor puede llamar al Departamento de Niños y Familias del estado de la Florida o a la policía si usted llega tarde a recoger a su hijo/a, y esto ha llegado a ser un problema. El proveedor puede cobrar una cuota adicional, de la cual usted es responsable.*
- *Los servicios se darán por terminados si los formularios médicos no están al día.*
- *Mantenga a los Servicios para el Desarrollo Infantil (CDS) informado sobre cualquier cambio de dirección, número de teléfono en caso de emergencia.*
- *Pagar cuotas semanales asignadas por adelantado aunque sus hijos/as estén ausentes. La falta de pago dará como resultado que sus niños/as sean sacados del programa. No recibirá servicios hasta que pague el saldo. Si el niño que paga la cuota más alta es retirado del programa, la cuota será transferida al hijo/a menor que aún esté inscrito en el programa.*
- *Notificar y proveer documentación por escrito al proveedor de todas las ausencias; de no ser así, el servicio será discontinuado.*

- know that Miami-Dade Department of Human Services' Child Development Services will pay a full day rate for school-age children on teacher's planning days. Parent will continue to pay the part-time assessed fee. During extended school breaks, a full day rate will be paid by Child Development Services. Parent will pay the full-time assessed fee.

Parent Certification

I certify by use of this certificate, that I am exercising my choice of caregiver for my child(ren) and that the possible child care options including licensed provider, licensed home provider and informal provider have been explained to me. Based upon the current rate schedule, the total amount of subsidy that the child(ren) qualify for, minus my assessed fee, will be paid directly to my child care provider. I understand that I will not be reimbursed for registration fees or any additional charges above the agreed upon rates. To receive payment for child care, my provider must present the Attendance Rosters by the 3rd working day of the calendar month, signed by the caregiver and myself. I also understand that payments made to my provider may be reported to the IRS as income received, for tax purposes.

Release

In choosing my child's provider, I agree to release, indemnify and hold harmless Miami-Dade County and its past, present and future officials, employees, and agents from and against any and all claims, liabilities, losses or causes of action arising out of the Miami-Dade County Department of Human Services' Child Development Services Payment Program.

I understand that I may request a case review by the child-care agency and the Early Learning Coalition of Miami-Dade/Monroe for any decision that is made to impact my childcare services.

- *Cumplir con todos los requisitos para su recertificación antes de la fecha de expiración de su caso para asegurar la continuación del servicio.*
- ***Estar informado de que el Departamento de Servicios Humanos, Servicios para el Desarrollo Infantil (CDS) no se responsabiliza a pagar al proveedor más allá de la fecha autorizada y del horario especificado en este formulario.***
- *El Departamento de Servicios Humanos de Miami-Dade, Servicios para el Desarrollo Infantil (CDS) pagará la cuota diaria completa para niños/as de edad escolar en días de planificación del maestro. Los padres continuarán pagando la cuota de tiempo parcial después del horario escolar. Durante las vacaciones Servicios para el Desarrollo Infantil (CDS) pagará la cuota de tiempo completo. Los padres pagarán la cuota asignada a tiempo completo.*

Certificación de los Padres

Certifico por medio de este certificado, que estoy ejercitando el derecho a escoger al encargado(a) del cuidado de mi hijo(a) o hijos(as) y también que las diferentes opciones de cuidado infantil tales como: el proveedor de un centro con licencia, el proveedor de un hogar con licencia y el proveedor informal han sido explicadas. Basado en las tarifas de reembolso, la cantidad total del subsidio a que califican mis hijos(as), menos la tarifa de pago impuesta por CDS se le pagará directamente a mi proveedor. Yo entiendo que no seré reembolsado por los gastos de la inscripción o por cualquier otro gasto adicional que no haya sido contemplado en el acuerdo. Para que el proveedor reciba los pagos por el servicio rendido, mi proveedor debe suministrar el Reporte de Asistencia al tercer día hábil del calendario del mes en cuestión firmado por el proveedor y por mí. Yo también entiendo que los pagos hechos a mi proveedor pudiesen ser reportados al servicio de Impuestos Sobre la Renta (IRS) como ingresos recibidos, para fines de impuestos.

Exoneración

Al escoger el proveedor de mi hijo(a) estoy en completo acuerdo, de liberar, exonerar y salvaguardar Miami-Dade County y a sus pasados, presentes y futuros oficiales, empleados y agentes de cualquier reclamación, demanda y responsabilidad por la pérdida causada por acciones que pudiesen originarse en el Programa de Pagos del Departamento de Servicios Humanos.

Entiendo que puedo solicitar una revisión de mi caso a la agencia de cuidado infantil y la Coalición de Enseñanza Temprana de Miami-Dade/Monroe por cualquier decisión que pueda afectar mis servicios de cuidado infantil.

X

Parent or Legal Guardian (Signature) | *Padres o Guardianes (Firma)*

Date | *Fecha*





Client Address Change Request

Solicitud de Cambio de Dirección del Cliente



If you changed your address, complete this form and include a copy of one item from the following list:

Si ha cambiado su dirección, complete este formulario e incluye copia de uno de los documentos enumerados a continuación:

- ✓ Drivers license (current) | *Licencia de conducir (vigente)*
- ✓ Deed, mortgage | *Escritura, hipoteca*
- ✓ Voters Registration Card | *Tarjeta de registro de votante*
- ✓ Florida vehicle Registration or title | *Registro o título de Vehículo de la Florida*
- ✓ Car Payment booklet | *Colillas de pagos de su Vehículo*
- ✓ Utility bills: not more than 2 months old | *Facturas de las compañía de servicios públicos cuentas más recientes no más de 2 meses*
- ✓ Telephone Bill: not more than 2 months old | *Cuenta de Teléfono más recientes no más de dos meses*
- ✓ Property tax bill | *Cuenta de los impuestos sobre la propiedad.*
- ✓ Lease | *Contrato de alquiler.*

Your Information | *Su Información*

If you fail to provide documented proof of new address, your address cannot be changed.

Si usted no puede proporcionar la prueba documentada de su nueva dirección, ésta no puede ser cambiada.

Last Name | *Apellido*

First Name | *Nombre*

Date of Birth | *Fecha de Nacimiento*

Social Security No. | *Segura Social*

OLD Address | *Dirección Antigua*

Street | *Calle*

City | *Cuidad*

State | *Estado*

Zip | *Código Postal*

NEW Address | *Nueva Dirección*

Street | *Calle*

City | *Cuidad*

State | *Estado*

Zip | *Código Postal*

Home telephone | *Number Telefónico*

Best number to reach you | *El mejor número telefónico para comunicarse con UD*

X

Primary Parent/Guardian Signature | *Firma del Padre (Madre)/Guardián Primario(a)*

Date | *Fecha*



