

HEAD START of LANE COUNTY

221 B Street • Springfield OR 97477-4522

541-747-2425 • FAX: 541-747-6648 • <http://www.hsolc.org>

“Asegurando que nuestros niños más pequeños tengan una base sólida para la vida.”

ACUERDO DE PAGO DÍA COMPLETO: Subsidio

(FULL DAY SUBSIDY PAY AGREEMENT)

Información de la opción Día Completo:

- Los servicios de Día Completo, Año Completo están disponibles para familias elegibles de Head Start. Head Start Día Completo sirve a familias que trabajan, que participan en el programa de búsqueda de trabajo o que asisten a la escuela. Head Start Día Completo proporciona servicios integrales de Head Start y apoyo con agencias de subsidios para cuidado de niños.
- Horario de operación: 7:30 am a 5:30 pm de lunes a viernes. La expectativa es que los niños lleguen a la escuela a más tardar a las 9:00 am. Estaremos cerrados los días festivos legales, los días de conferencias padres/maestros y los días de capacitación del personal. Favor de ver el calendario escolar de Head Start of Lane County para más información.
- Cada salón dará un recordatorio con una semana de anticipación, acerca de las fechas en las que se estará cerrado excepto en casos de emergencia como: días de nieve.
- Facturas de cobros. Las facturas de cobros serán enviadas mensualmente y estarán disponibles el día 15 de cada mes. Las facturas para los impuestos estarán disponibles a más tardar el 30 de enero de cada año.

Responsabilidades de los padres de familia/tutores legales:

- Los niños deben mantener una asistencia de un mínimo de 30 horas por semana o un total de 136 horas al mes.
- Las faltas a la escuela deben ser comunicadas al personal lo más pronto posible. Las vacaciones deben ser aprobadas con anticipación. El tiempo de vacaciones no será prorrateado.
- Los copagos vencen el 25 de cada mes. Pagos en efectivo deben ser hechos en la oficina de HSOLC 221 B Street, Springfield. Hay cajas cerradas en los planteles para pagos con cheque o con giro postal.
- Dificultad para hacer pagos: comuníquese con la Supervisora de ERSEA o con la Supervisora Regional para pagos tardíos y para hacer arreglos de plan de pagos.
- Notifique al personal de HSOLC si sus necesidades de cuidado de Día Completo Año Entero cambian, por ejemplo: si perdió su empleo, algún cambio en el horario de trabajo, cambio en el horario de sus clases y cualquier cambio en los miembros de su hogar.
- Las familias que reciben subsidio para cuidado de niños tendrán que cumplir con los requisitos de DHS para mantener su subsidio y notificarán al personal de HSOLC lo referente a cualquier cambio en su subsidio. Es responsabilidad de la familia el asegurar que el número de registro del proveedor este adjunto al subsidio. Si las familias fallan en cumplir con estos requisitos o si HSOLC es notificado por DHS que no hay subsidio vigente para el mes corriente, se les notificará a los padres de familia para hacer un plan de acción. La expectativa es que los padres de familia trabajen en colaboración con Head Start y con DHS para resolver cualquier asunto de pagos.
- La incapacidad que alguna familia tenga para pagar podría resultar en la transferencia del niño(a) a otro modelo del programa, pero no resultará en la pérdida de los servicios de Head Start.

CANTIDAD DEL CO PAGO/PAGO DE PADRES (CURRENT CO-PAY/PARENT PAY AMOUNT): \$ _____ ERDC JOBS

Contract Other Subsidy

*Familias con subsidio: la cantidad del co pago es determinada for DHS y puede cambiar en cualquier momento (Subsidy families: co-pay amounts are determined by DHS and may change at any time.)

NÚMERO DE PROVEEDOR DE DHS (DHS PROVIDER NUMBER): _____ Plantel/salón (SITE/CLASSROOM): _____

SIRVIENDO A NIÑOS Y FAMILIAS EN LANE COUNTY

EDUCACIÓN · SERVICIOS DE SALUD · SERVICIOS ESPECIALES · SERVICIOS A LA FAMILIA

HEAD START of LANE COUNTY

221 B Street • Springfield OR 97477-4522

541-747-2425 • FAX: 541-747-6648 • <http://www.hsolc.org>

“Asegurando que nuestros niños más pequeños tengan una base sólida para la vida.”

FECHA DE INICIO DE FACTURACIÓN (BILLING START DATE) _____

Por favor note que esta fecha podría ser diferente a la fecha en la que usted reciba su primer cobro. (Please note this date may be different from the date you receive your first bill.)

He leído y estoy de acuerdo con las políticas de Cuidado de Niños Día Completo.

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del niño(a): _____

ChildPlus ID #: _____

WHITE : Billing Department
YELLOW : Student file
PINK : Parent

(R:8/17 – C:5/14) NCR 3
Full Day Program
90 for Region 7