

**COSTO COMPARTIDO DE LOS PADRES EN EL BIRTH TO 3 PROGRAM**  
**BIRTH TO 3 PROGRAM PARENTAL COST SHARE**

**Declaración de ingreso de los padres**  
**Parent Statement of Income**

**Uso de este formulario:** Este formulario es voluntario. Sin esta información, el Birth to 3 Program no puede calcular el costo compartido de los padres y los padres serán responsable por el máximo costo compartido. La información de identificación personal en este formulario es reunida para determinar el costo compartido de los padres y será usada sólo para este propósito.

**I. Información sobre la familia**

Nombre del niño(a) (apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año)
--	--

Dirección de la familia (calle, ciudad, estado, código postal)

Tamaño de la familia	Número de niños que actualmente participan en el Birth to 3 Program	Número de niños en la familia menores de 19 años que tienen una discapacidad.
----------------------	---	---

**II. Información sobre el programa**

<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	¿Recibe su niño Medical Assistance (Asistencia Médica) por medio del Katie Beckett Program o Special Needs Adoption Subsidy (Subsidio de Adopción para Necesidades Especiales)? Si su niño(a) recibe este servicio, su familia puede tener un costo compartido. Proceda a la Sección III, Información Financiera.
<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>	¿Recibe su niño(a) servicios por medio del Family Support Program? Su familia no tendrá un costo compartido si usted actualmente está pagando un costo compartido por el Family Support Program. Proceda a la Sección IV, Declaración de los padres, y provea su firma y la fecha en que firmó.

Marque los programas o servicios para los que su niño/familia es elegible o actualmente recibe.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FoodShare   | <input type="checkbox"/> Foster Care (Cuidado de crianza temporal)  |
| <input type="checkbox"/> W-2   | <input type="checkbox"/> Kinship Care                               |
| <input type="checkbox"/> Almuerzo gratis o a bajo costo (si se basa en los ingresos) | <input type="checkbox"/> WIC (sin Katie Beckett Medical Assistance) |
| <input type="checkbox"/> SSI   |   |

**Si usted marca cualquiera de los programas mencionados anteriormente, usted no tiene un costo compartido (cost share). Sírvase de firmar en la Sección IV, Declaración de los padres, localizada abajo.**

**III. Información financiera**

Su ingreso anual\* \$ \_\_\_\_\_

\* El ingreso anual es el ingreso total del padre(s) legalmente responsable como lo reportado en la declaración fiscal individual federal más reciente del padre(s).

**IV. Declaración de los padres**

Yo entiendo que soy responsable por el costo compartido de los servicios proporcionados. Si el costo compartido representa una dificultad financiera, puedo ponerme en contacto en cualquier momento con mi coordinador de servicios para una re-evaluación. Según mi leal saber y entender, la información anteriormente mencionada es una declaración exacta de mi ingreso actual y mi estatus familiar.

<b>FIRMA</b> – Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)
<b>FIRMA</b> – Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)

Costo compartido de los padres \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_ Pago/por mes  
(mes/año) (mes/año)

**V. Declaración de confidencialidad (Non-Disclosure Statement) (OPCIONAL)**

Yo he escogido no divulgar mi información financiera y estoy de acuerdo en pagar el costo compartido máximo de \$1,800 anualmente o \$150 por mes.

<b>FIRMA</b> - Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)
<b>FIRMA</b> - Padre / Madre (REQUERIDA)	Fecha de hoy (mes/día/año)