

UMCHS

DHS Contrato de Mejoría para Familias - Hoja de Trabajo

Padres: _____ Fecha: _____

de Caso: _____ Niño _____

DHS Trabajador de Caso: _____ Sucursal: _____

Beneficios bajo el nuevo contrato:

Co-pago para el niño en Head Start: _____ Copago para hermanos: _____

Numero de horas de cuidado que se necesitan por mes: _____

Mes en el que es efectivo el Contrato: _____

Las Metas de la Familia las preparara: _____ UMCHS _____ DHS

Frecuencia de visitas que se esperan:

UMCHS _____

Uso de proveedores secundarios

La facilidad del Head Start me ha explicado el contrato y/o guías de la facilidad con relación a las horas de operación y se hablo de las fechas y horarios de cuando la facilidad estará cerrada, incluyendo en la Primavera, Verano e Invierno. Comprendo que necesito usar un proveedor aprobado para cuidado de niño cuando UMCHS este cerrado y UMCHS cubrirá el costo para ese tiempo específicamente. Si yo escojo no usar un proveedor aprobado, comprendo que yo seré responsable por el costo de cuidado de niño. Comprendo que el DHS no pagara subvención de cuidado de niño a otro proveedor que yo use para mi niño que esta en el Head Start.

Iniciales de Padre/Madre _____

Asistencia esperada

Estoy de acuerdo en que mi niño(s) mantenga por lo menos 136 horas de asistencia por mes. Si las horas de asistencia son abajo de 136, puedo perder la elegibilidad para el Contrato de Mejoría y voy a necesitar volver a aplicar para elegibilidad de ERDC.

Iniciales de Padre/Madre _____

Horas normales de operación del (sitio) _____ son

Lunes a Viernes de _____ a _____.

Notas de Administración de Caso en Unión:

Firma de los Padres _____

Firma del Personal de UMCHS: _____