

**CHILD AND FAMILY CONNECTIONS**  
**SOLICITUD DE EXENCIÓN DE LA CUOTA DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR**

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año) \_\_\_\_\_ No CBO/E.I. \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Usted puede solicitar la exención de cuotas de participación si sus gastos médicos extraordinarios o pérdidas causadas por algún desastre, como por ejemplo un incendio, una inundación o un tornado, alcanzan o exceden el 15% de sus ingresos anuales brutos. Se tomará una decisión dentro de diez (10) días hábiles del recibo en la Oficina de Intervención Temprana de su solicitud de Child and Family Connections.

**Check type of exemption requested:**

- 1) Exención por motivo de gastos médicos que alcanzan o exceden el 15% de los ingresos anuales brutos y que se pagaron durante los últimos 12 meses y/o actualmente se deben.
- 2) Exención por motivo de gastos incurridos por tal desastre como un incendio, una inundación o un tornado que alcanzan o exceden el 15% de los ingresos anuales brutos y que se pagaron durante los últimos 12 meses y/o actualmente se deben.

**Adjunte la documentación**

- A. REQUERIDA: Una copia impresa y generada por computadora del Cornerstone Family Fee Report (Informe de cuotas familiares Cornerstone) que indica el monto de la cuota anual de la familia
- B. REQUERIDA: Una lista detallada de gastos médicos o pérdidas por desastre que la familia ha pagado la familia durante los últimos 12 meses o que actualmente debe y que alcanzan o exceden el 15% de los ingresos anuales brutos de la familia, Y, para cada artículo en la lista, copias de recibos pagados o facturas que indican la porción del paciente que actualmente se debe. CONSEJO: Empiece con los gastos mayores y deje de detallar cuando llegue al 15%.
- C. OPCIONAL: Además de A y B, otros documentos que la familia ve necesarios para comprobar que debería recibir una exención de cuotas y que incluyen una explicación escrita de por qué quiere que se considere la información adicional.

**CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:**

Yo certifico que esta información es correcta a mi leal saber y entender.

**FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN POSTAL (Nº y calle)** \_\_\_\_\_

**CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**FECHA FIRMADA** \_\_\_\_\_

**\*CFC DEBE ENTREGAR EL FORMULARIO Y LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS AL COORDINADOR DE CUOTAS FAMILIARES EN LA OFICINA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS PARA LA DECISIÓN**

Firmen a continuación para certificar que se ha verificado lo complete y la exactitud de los documentos.

CFC #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del Director del Programa*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Coordinador de Servicios*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

En virtud de las disposiciones de la Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (Ley de confidencialidad en la salud mental y discapacidades de desarrollo de Illinois), la Family Educational Rights and Privacy Act (Ley de derechos educativos y privacidad de la familia), 20 USC 1232g, y la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos) de 1996, la información recopilada en la presente no debe divulgarse posteriormente a no ser que o la persona que consintió en la presente divulgación consienta específicamente en tal divulgación posterior o la divulgación.