

**SISTEMA DE SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE ILLINOIS
CONTRATO DE PAGO DE CUOTAS DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR**

Información del Adulto con Responsabilidad Financiera (FRA, siglas en inglés)
Nombre del FRA:
Dirección del FRA (calle, ciudad, estado, código postal):
Número telefónico del FRA:
Nombre del niño:
Fecha de nacimiento del niño:
Número de E.I. del niño:
Nombre del coordinador de servicios:
Número del CFC:

El presente Contrato de pago de Cuotas de Participación Familiar es efectuado entre el Adulto con Responsabilidad Financiera (FRA) y la Oficina de Intervención Temprana (*Bureau of Early Intervention*) del Departamento de Servicios Humanos de Illinois. Yo comprendo que el programa de Intervención Temprana incluye un programa de Cuotas Familiares. En la fecha de _____, recibí la Hoja de Información sobre el Programa de Cuotas Familiares y el Coordinador de Servicios me explicó verbalmente el programa de Cuotas Familiares. Como soy el FRA del niño cuyo nombre aparece arriba, entiendo que tendré la responsabilidad de pagar la cuota familiar por los Servicios de Intervención Temprana Sujetos a un Pago según se describe en mi Informe de Cuotas Familiares (*Family Fee Report*), el cual me será provisto por el Coordinador de Servicios. Comprendo que tengo el derecho a rehusar proveer información de mis ingresos o evidencia de los mismos, pero que al rehusar proveer esa información, pagaré el monto máximo calculado de la Cuota Familiar.

Yo certifico que tengo la responsabilidad de revisar la precisión de la información en mi Informe de Cuotas Familiares y de informar inmediatamente sobre cualquier cambio. Entiendo que si informo sobre cambios, recibiré un Informe de Cuotas Familiares actualizado que indicará dichos cambios y tendré la responsabilidad de pagar el monto nuevo de la Cuota de Participación Familiar aun si ha cambiado. Si no recibo un informe actualizado, me pondré en contacto con el Coordinador de Servicios y/o el Gerente del Programa.

También declaro que recibí el folleto *State of Illinois, Infant/Toddler & Family Rights Under IDEA For The Early Intervention System* (Derechos de familias y niños menores de 3 años de edad en el sistema de Intervención Temprana del Estado de Illinois bajo la Ley IDEA) y entiendo que describe mi derecho a una resolución administrativa o mediación en caso de que yo no esté de acuerdo con la cuota calculada. Estos derechos me han sido explicados y los entiendo.

Nombre del Adulto con Responsabilidad Financiera,
escrito en letra sencilla: _____

Adulto con Responsabilidad Financiera (Firma): _____

Fecha: _____

Nombre del Coordinador de Servicios, escrito en letra
sencilla: _____

Coordinador de Servicios (Firma): _____

Fecha: _____

Original: Archivo principal
Copia: Familia