

# Application for Polk County School Readiness Services 2009-2010

---

All forms must be completed and signed with blue or black ink.

## Support Documentation Check List

\_\_\_\_\_ Income Verification (Must submit pay stubs for all working adults).

### Current Pay Stubs

If paid weekly = 6 consecutive pay stubs

If paid bi-weekly = 3 consecutive pay stubs

If paid monthly = 2 consecutive pay stubs

### New applications only:

If working less than 30 days, a signed statement from your employer may be used for income verification. It must be on company letterhead and must contain hours worked, pay rate, contact name and phone number. Staff will verify the information with the employer.

\_\_\_\_\_ Verification of adult school enrollment / schedule

\_\_\_\_\_ Verification of Other Income (TANF/Cash Assistance, SSI, SSA, SSD)

\_\_\_\_\_ Copy of Social Security Cards or Proof of Application (*for all family members*)

\_\_\_\_\_ Copy of Current Driver's License or Picture I.D. (*for all adults in household*)

\_\_\_\_\_ Proof of Legal Guardianship (*if applicable*)

\_\_\_\_\_ Copy of Verification of Birth (*for all children*)

\_\_\_\_\_ Copy of Divorce Papers AND Child Support (*if applicable*)

\*\*\*\*\*

## Application Forms Check List

\_\_\_\_\_ Application for School Readiness Services

\_\_\_\_\_ Parent Acceptance Form

\_\_\_\_\_ Terms and Conditions for School Readiness Services

\_\_\_\_\_ Referral (TANF Recipient, TCC, Protective Services, etc.) *if applicable*

\_\_\_\_\_ Child Support Form

\*\*\*\*\*

## Early Learning Coalition of Polk County Child Care Services



# Solicitud para Servicios del Programa de Preparación Escolar 2009-2010

---

Todos los formularios deben estar completados y firmados con tinta azul o negra.

## Lista de Cotejo de los Documentos de Apoyo Necesarios

\_\_\_\_\_ Verificación de ingreso (Deben incluir los talones de pago de todos los adultos que estén trabajando).

### Talones de pago actuales o corrientes

Si le pagan semanalmente = 6 talones de pago consecutivos

Si le pagan cada dos semanas = 3 talones de pago consecutivos

Si le pagan mensualmente = 2 talones de pago consecutivos

### Nuevas solicitudes solamente:

Si ha estado trabajando por menos de 30 días, se puede usar una declaración firmada por su empleador o patrón como verificación de ingreso. Debe estar en un papel con el nombre impreso de la compañía y debe tener las horas trabajadas, el pago, y el nombre y teléfono de la persona a contactar. Alguien del personal verificará la información con el empleador.

\_\_\_\_\_ Verificación de matrícula / horario en/de una escuela para adultos

\_\_\_\_\_ Verificación de otro ingreso (TANF /Asistencia en Efectivo, SSI, SSA, SSD)

\_\_\_\_\_ Copia de las tarjetas de Seguro Social o Prueba de Solicitud (*de todos los miembros de la familia*)

\_\_\_\_\_ Copia de la Licencia de Conducir actual o una identificación con fotografía. (*de todos los adultos en el hogar*)

\_\_\_\_\_ Prueba de custodia legal (*sí es aplicable*)

\_\_\_\_\_ Copia del Acta de Nacimiento (*de todos los niños*)

\_\_\_\_\_ Copia de Papeles de Divorcio Y Manutención o Pensión de Menores (*si es aplicable*)

\*\*\*\*\*

## Lista de Cotejo de los Formularios de Solicitud

\_\_\_\_\_ Solicitud para el Programa de Servicios de Preparación Escolar

\_\_\_\_\_ Forma de Aceptación Paterna

\_\_\_\_\_ Términos y Condiciones para los Servicios de Preparación Escolar

\_\_\_\_\_ Referido (Recipiente de TANF, TCC, Servicios de Protección, etc.) (*si es aplicable*)

\_\_\_\_\_ Formulario de Manutención o Pensión de Menores

\*\*\*\*\*

## Coalición de Educación Temprana del Condado de Polk Servicios de Cuidado del Niño



**Polk County 2009 – 2010  
School Readiness Application**

**FAMILY DEMOGRAPHICS—ALL INFORMATION MUST BE COMPLETED**

<b>If living in home: Name (first and last)</b>	<b>Social Security #</b>	<b>Sex M/F</b>	<b>Date of Birth</b>	<b>Ethnic Circle one</b>	<b>Race Circle all that apply</b>
1. Parent/Stepparent Name (living in home)				Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian
2. Parent/Stepparent Name (living in home)				Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian
1. Guardian/Other Adult Name (living in home)				Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian
2. Guardian/Other Adult Name (living in home)				Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian

Home Address: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Other Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Language Spoken at Home by Parent: \_\_\_\_\_ Language Spoken by Child: \_\_\_\_\_

Child's Most Recent Child Care Setting: \_\_\_\_\_ Are you currently receiving any assistance with child care? \_\_\_\_\_

If yes, Explain: \_\_\_\_\_

**LIST ALL CHILDREN IN THE HOUSEHOLD—ALL INFORMATION MUST BE COMPLETED**

<b>Child(ren) Legal Name (first and last name)</b>	<b>Social Security #</b>	<b>Sex M / F</b>	<b>Date of Birth</b>	<b>City &amp; State of Birth</b>	<b>Relationship to Adult</b>	<b>Medicaid Y / N</b>	<b>Ethnic Circle one</b>	<b>Race Circle all that apply</b>
							Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian
							Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian
							Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian
							Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian
							Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian
							Hispanic NonHispanic	White Asian American Indian Black Hawaiian

**Program Preference for your Child(ren)**

<b>Child Care Programs Preferences</b>	<b>Child's Name</b>	<b>Program Preference Circle all that apply</b>	<b>Name of Provider</b>
A. First space available in any of the programs. B. Public school based for 3 & 4 yr. old children, school day. C. Private Site All ages D. Head Start.		<b>A B C D</b>	
		<b>A B C D</b>	
		<b>A B C D</b>	
		<b>A B C D</b>	
		<b>A B C D</b>	
		<b>A B C D</b>	

**Condado de Polk 2009 – 2010**  
**Solicitud para el Programa de Preparación Escolar**

**DEMOGRAFÍA FAMILIAR—TODA LA INFORMACIÓN DEBE COMPLETARSE**

Si está viviendo en el hogar Nombre (nombre y apellido)	# Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Grupo Étnico Circule uno	Raza Circule todas las que apliquen
1. Nombre del Padre/Padrastro (viviendo en el hogar)				Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americana
2. Nombre de la Madre/Madrastra (viviendo en el hogar)				Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americana
1. Nombre del Tutor/Otro Adulto (viviendo en el hogar)				Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americana
2. Nombre del Tutor/Otro Adulto (viviendo en el hogar)				Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americana

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ # Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Área Postal \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Área Postal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Idioma Hablado en el Hogar por los Padres: \_\_\_\_\_ Idioma Hablado por el/la Niño/a: \_\_\_\_\_

Forma más reciente de cuidado para el niño/a: \_\_\_\_\_ ¿Está recibiendo alguna ayuda para el cuidado del/la niño/a? \_\_\_\_\_

Si contesta sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**ANOTE A TODOS LOS NIÑOS EN EL HOGAR— TODA LA INFORMACIÓN DEBE COMPLETARSE**

Nombre Legal del/la Niño/a (nombre y apellido)	# Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Ciudad y Estado de nacimiento	Relación con el Adulto	Medicaid Sí/No	Grupo Étnico Circule uno	Raza Circule todas las que apliquen
							Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americano
							Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americano
							Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americano
							Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americano
							Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americano
							Hispano No Hispano	Blanca Negra Asiática Hawaiana Indígena Americano

**Programa Preferido para su/s Niño/s**

Programas Preferidos para el Cuido	Nombre del/la Niño/a	Programa Preferido Circule todos los que aplican	Nombre del Proveedor
	A. Primer espacio disponible en cualquiera de los programas		A B C D
B. Basado en una escuela pública para niños de 3 & 4 años, día escolar.		A B C D	
C. Lugar Privado – Todas las edades.		A B C D	
D. Programa Head Start.		A B C D	
		A B C D	





# Early Learning Coalition of Polk County Child Care Services



## Child Support Form

**All parents/guardians must complete this form. Use additional forms for each absent parent.**

As an applicant for child care services with the Early Learning Coalition of Polk County, you are required to inform us of the status of child support for each absent parent of your child (ren) upon placement and at every re-determination. Failure to complete this form may result in loss of child care subsidy or denial of services.

Complete **Section I**, if you do not receive child support and the absent parent has no contact with your child(ren). **Section II** must be completed by absent parent, if you are unable to provide child support documentation.

Name of absent parent: \_\_\_\_\_

Child(ren)'s name: \_\_\_\_\_

### Section I

#### **Section I – To be completed by the Custodial Parent Not Receiving Child Support:**

If you do not receive child support and the absent parent has no contact with your child(ren), complete this section. If you are not receiving child support, please explain why: \_\_\_\_\_

Date Last Received: \_\_\_\_\_

### Section II

#### **Section II – To be completed by Absent Parent:**

Select one option.

1. \_\_\_\_\_ I do not pay child support/have not paid since: \_\_\_\_\_

2. a. \_\_\_\_\_ I consistently pay child support in the amount of \_\_\_\_\_ per week/month.

b. \_\_\_\_\_ I pay child support that varies from week to week. In the past six weeks, I have paid the following amounts:

Date: \_\_\_\_\_ Amount Paid: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Amount Paid: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Amount Paid: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Amount Paid: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Amount Paid: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Amount Paid: \_\_\_\_\_

Signature of Absent Parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

I am fully aware that if my income (including child support), address, phone number or any other information pertaining to my case changes, I have 10 days to notify the child care agency. If I fail to do so, child care services will be terminated.

Parent's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk

## Servicios de Cuido del Niño



### Formulario de Manutención o Pensión de Menores

**Todos los padres/tutores deben completar este formulario. Use formularios adicionales para cada padre ausente.**

Como solicitante para servicios de cuidado del niño con la Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk (Early Learning Coalition of Polk County) usted tiene la obligación de informarnos el estatus de la pensión o manutención de menores por cada padre ausente de su/s niño/s una vez el/la niño/a sea ubicado/a en el programa y en cada re-determinación. Si no se completa este formulario puede tener como resultado la pérdida del subsidio para cuidado del niño o la denegación de los servicios

Complete la **Sección I**, si usted no recibe pensión de menores y el padre ausente no tiene contacto con sus hijos. La **Sección II** tiene que ser completada por el padre ausente, si usted no puede proveer documentación de pensión o manutención de menores.

Nombre del padre ausente: \_\_\_\_\_

Nombre del/los niño/s: \_\_\_\_\_

### Sección I

#### **Sección I – Para ser completada por el padre con la custodia y que no está recibiendo pensión de menores**

Si usted no recibe pensión de menores y el padre ausente no tiene contacto con sus hijos, complete esta sección. Si usted no está recibiendo pensión o manutención de menores, favor de explicar porque: \_\_\_\_\_

Último día que la recibió: \_\_\_\_\_

### Sección II

#### **Sección II – Para ser completada por padre ausente**

Seleccione una opción.

1. \_\_\_\_\_ Yo no pago pensión del niño / y no he pagado desde: \_\_\_\_\_

2. a. \_\_\_\_\_ Yo pago la pensión consistentemente, la cantidad es \_\_\_\_\_ por semana / mes.

b. \_\_\_\_\_ Yo pago la pensión, y ésta varía de semana a semana. En las pasadas 6 semanas, he pagado las siguientes cantidades:

Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \_\_\_\_\_

**Firma del padre ausente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Entiendo perfectamente que si mi ingreso (incluyendo pensión de menores), dirección, número de teléfono o cualquier otra información pertinente a mi caso cambia, tengo 10 días para notificar a la agencia del cuidado del niño. Si no lo hago, los servicios de cuidado del niño serán terminados.

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# Early Learning Coalition of Polk County Child Care Services



## PARENT ACCEPTANCE FORM

### Your Choice of Child Care:

You may choose from all available, legally operating, child care arrangements and providers including: licensed centers, licensed homes, faith-based care, school based programs, in-home care, relative care or other informal arrangements. You are guaranteed the right of "parental choice" in selecting a child care provider. Your child will not be placed in any child care arrangement without your approval.

### Types of Child Care:

Mark your choices for the type of childcare you need.

#### Center Care:

- A. Licensed Care
- B. Exempt Care
- C. School Based Care PreK or Kidcare

#### Home Care:

- A. Licensed Care
- B. Home of a Friend or Neighbor
- C. With a Relative

\*\*\*\*\*

## ACCEPTANCE AGREEMENT

1. I understand there is a difference in types of childcare.
2. I understand that any provider I choose must allow me, with proper I.D., to visit my child at any time and that my visit may be unannounced.
3. I understand that my daily-assessed parent fee or any additional charges must be paid according to the policies and procedures of my provider.
4. If the provider's private pay rate exceeds the negotiated Coalition's school readiness rate, I will be responsible for the difference between the provider's private pay rate and the Coalition's school readiness rate.
5. I understand that my provider will be reimbursed the remainder directly by funds from the Early Learning Coalition of Polk County.
6. I understand failure to pay fees will result in termination of care.
7. I understand I cannot transfer my child(ren) from one provider to another without a paid in full receipt from my current provider.

\_\_\_\_\_  
PARENT/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
DATE

# Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk

## Servicios de Cuido del Niño



### FORMA DE ACEPTACIÓN PATERNA

#### Su Elección de Cuido del Niño:

Usted puede escoger de entre todos los acuerdos de cuidado de niños y proveedores, que estén operando legalmente y que estén disponibles incluyendo: centros con licencia, hogares con licencia, cuidado con base en alguna fe (religiosos), programas basados en las escuelas, cuidado en un hogar, cuidado por un familiar u otro acuerdo informal. A usted se le garantiza el derecho de “preferencia u opción paternal” al seleccionar el proveedor de cuidado del niño. Su niño no será ubicado en ningún acuerdo de cuidado del niño sin su aprobación.

#### Tipos de Cuido del Niño:

##### Cuido en un Centro:

- A. Cuido con licencia
- B. Cuido exento
- C. Cuido PreK o “Kidcare” Basado en una Escuela

##### Cuido en un Hogar:

- A. Cuido con licencia
- B. Hogar de un Amigo o Vecino
- C. Con un Familiar

\*\*\*\*\*

### ACUERDO DE ACEPTACIÓN

1. Entiendo que hay una diferencia en los tipos de cuidado del niño.
2. Entiendo que cualquier proveedor que yo escoja, debe permitirme, con la identificación adecuada, visitar a mi niño/a en cualquier momento y que la visita puede ser sin avisar.
3. Entiendo que el costo paterno diario o cualquier otro costo debe ser pagado de acuerdo a la política y procedimientos de mi proveedor.
4. Si el precio del proveedor privado excede el precio negociado por la Coalición de preparación escolar, yo seré responsable por la diferencia entre el precio del proveedor privado y el precio de la Coalición
5. También entiendo que a mi proveedor se le reembolsará el resto directamente por la Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk.
6. Entiendo que si se falla en pagar el costo resultará en terminación del cuidado.
7. Entiendo que no puedo trasladar a mi/s hijo/s de un proveedor a otro sin un recibo de pago completo de mi proveedor actual.

---

PADRE/GUARDIAN

---

FECHA

## **Terms and Conditions for Application for School Readiness Child Care Services**

**Provisions of School Readiness services are subject to availability of funding and enrollment priorities. You have the right not to be discriminated based on race, color, creed, national origin, sex, political belief or disability.**

### **Your access to children in care:**

You have the right to visit your child(ren) while they are in care. Your child care provider must allow you, with proper I.D., to visit your child(ren) at any time.

### **Responsibilities**

1. It is your responsibility to immediately provide any additional documentation requested by your parent counselor.
2. It is your responsibility to immediately notify your parent counselor within **10 calendar days** of any changes in status including but not limited to changes in employment, marital status, family size, finances, or living arrangements. If you knowingly use school readiness services inappropriately, give false, wrong, or incomplete information, or fail to update information, you may be subject to criminal prosecution under state law and you may jeopardize your eligibility of school readiness services.
3. It is your responsibility to pay all lawfully assessed parent fees to your child care provider in a timely fashion. You must keep current in your payment of parent fees to your child care provider.
4. It is your responsibility to sign your child(ren) in and out of the child care provider site daily.

### **You may lose your child care if you:**

1. Fail to comply with your TANF work requirements, or
2. Do not provide documents or information required by your parent counselor, or
3. Fail to pay your “parent fee” to the child care provider, or
4. Lose or quit your job without good cause, or
5. Or your child display inappropriate conduct, at a child care site/school or at the child care agency, or
6. Knowingly provide false information, or
7. Fail to notify your parent counselor within **10 calendar days** of changes in your participation, employment, or family circumstances. This includes changes of address, changes in family composition, and changes in household income.

### **Parent/Guardian Statement**

I have read and understand the above information. I certify that the information given in my application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that if I knowingly give wrong information, I may be liable for prosecution under state law and child care services will be terminated. For all children not yet enrolled in school, the School Readiness child care program will provide developmental screenings/assessments. I consent to these screenings/assessments with the understanding that I will receive the results and will be informed of any recommendations.

I give consent to the Early Learning Coalition of Polk County, Agency for Workforce Innovation, Office of Early Learning, the Florida Department of Law Enforcement and/or the referring agencies to request all information relating to my eligibility and to make inquiry into all statements or information given in the application from the appropriate governing agency or provider. I understand that if I give false information, sign inaccurate attendance documents or fail to report changes in my circumstances, my case may be referred to the Florida Department of Law Enforcement for action.

I understand that I can appeal my child care services and may request a case review by the child care agency if I so request. If determined ineligible or eligible and services is terminate, suspended, reduced or if I am dissatisfied with any service, I have the right to request a fair hearing.

---

Parent/Guardian Signature

---

Date

# Términos y Condiciones para Solicitar Para los Servicios de Cuido del Niño y Preparación Escolar

La provisión de los servicios de Preparación Escolar está sujeta a disponibilidad de fondos y prioridades de matrícula. Usted tiene el derecho a no ser discriminado/a por razones de raza, color, credo, origen nacional, sexo, creencias políticas o incapacidad.

## Su acceso a los niños bajo cuidado:

Usted tiene el derecho a visitar a su/s niño/s mientras están en el cuidado. Su proveedor de cuidado del niño debe permitirle, con identificación adecuada, visitar a su/s niño/s en cualquier momento mientras estén bajo su cuidado.

## Responsabilidades

1. Es su responsabilidad proveer inmediatamente cualquier documentación adicional solicitada por su consejero paterno.
2. Es su responsabilidad notificar inmediatamente a su consejero paterno dentro de **10 días calendario** de cualquier cambio en estatus incluyendo pero no limitado a cambios en empleo, estatus marital, tamaño familiar, finanzas o arreglos de vivienda. Si a sabiendas usted usa los servicios de preparación escolar indebidamente, da información falsa, errónea o incompleta o no actualiza información usted puede estar sujeto/a a procesamiento penal bajo la ley estatal y puede poner en peligro su elegibilidad para los servicios de preparación escolar.
3. Es su responsabilidad pagar a tiempo todos los costos paternos legalmente estipulados a su proveedor de cuidado del niño. Usted debe mantenerse al día en el pago de los costos paternos a su proveedor de cuidado del niño.
4. Es su responsabilidad firmar diariamente la entrada y la salida de su/s hijo/s en el lugar donde se provee el cuidado.

## Usted puede perder el cuidado del niño si usted:

1. Falla en cumplir con sus requisitos de trabajo "TANF", o
2. No provee los documentos o la información requerida por su consejero paterno, o
3. Falla en pagar el "costo paterno" al proveedor de cuidado del niño, o
4. Pierde o renuncia a su trabajo sin una buena causa, o
5. Su hijo/a demuestra una conducta inapropiada, en el sitio/escuela del cuidado, o en la agencia de cuidado del niño, o
6. Provee información falsa a sabiendas, o
7. Falla en notificar a su consejero paterno dentro de **10 días calendario** de cambios en su participación, empleo, o circunstancias familiares. Esto incluye cambio de dirección, cambio en la composición familiar y cambios en el ingreso del hogar.

## Declaración del Padre / Tutor

He leído y entendido la información de arriba. Certifico que la información dada en mi solicitud es verdadera y completa a mi mejor entendimiento. Entiendo que si doy información incorrecta a sabiendas puedo ser sujeto/a a ser procesado/a bajo las leyes del estado y el cuidado del niño será terminado. Para todos los niños que todavía no están matriculados en la escuela, el programa de cuidado del niño de Preparación Escolar proveerá pruebas de detección/evaluaciones de desarrollo y doy mi consentimiento para estas pruebas de detección/evaluaciones con el entendimiento de que recibiré los resultados y seré informado de cualquier recomendación.

Doy mi consentimiento a la Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk; la Agencia para la Innovación de la Fuerza Laboral, Oficina de Educación Temprana, al Departamento de Ejecución de la Ley de la Florida, y/o a las agencias que hacen referidos, a pedir toda la información relacionada a mi elegibilidad y a hacer cualquier averiguación de las declaraciones o la información dada en la solicitud de las agencias gobernantes o los proveedores. Entiendo que si doy información falsa, firmo documentos de asistencia inexactos, o fallo en reportar cambios en mis circunstancias, mi caso será referido para acción al Departamento de Ejecución de la Ley de la Florida

Entiendo que puedo apelar el servicio cuidado de mi niño/a y pedir una revisión del caso por la agencia de cuidado del niño. Si soy encontrado/a inelegible o el servicio es terminado, suspendido, reducido o estoy insatisfecho/a con cualquier servicio, tengo el derecho a pedir una audiencia justa.

---

Firma del padre/tutor

---

Fecha

# Early Learning Coalition of Polk County Child Care Services



## Number of Hours of Child Care

Complete the table below for all children in your household that need child care services. Use the chart at the bottom for Unit of Care codes.

Child's Name	Age of Child	Total Hours of Care	Unit of Care

Select the Unit of Care *Other* for any type of care not listed. Please explain type of child care needed.

Units of Care	Unit of Care Description
FT	Full Time
PT	Part Time
PTL	Before School Care Only
PT	After School Only
PTBA	Before and After School Care
FTV	Full Time Wrap (VPK child only)
PTV	Part Time Wrap (VPK child only)
Other	Type of care not listed-Explain

