**Arlington County Children’s Services Act (CSA)**

**Annual Parental Copayment Assessment**

**PART 1**

**Instruciones**: Los gerentes del CSA deben de informarle que requiere la evaluación del co-pago y el proceso a los padres o guardianes, explicar como llenar la forma de co-pago propiamente, y obtener verificación del ingreso familiar (2 colillas consecutivas de pago, reciente estado de impuestos o estado de ganancias.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del Niño (a) | Fecha de Nacimiento: | # Identificación del cliente (DMC) |
| Dirección | Correo Electrónico de los Padres |
| Padre/Guardian #1 | Padre/Guardian #2 |
| Relación con el Menor | Relación con el Menor |
| Teléfono | Teléfono |
| Salario Anual Bruto $ | Salario Anual Bruto $ |
| Número de Seguro Social | Número de Seguro Social |
| Otros Recursos de Ingreso (Ej: Manutención de Hijos, Pension Alimenticia, Seguro Social, Desempleo y otras formas de ingreso |
| Familia/Cuántos en el hogar | Salario Anual Bruto Total del Hogar |

\*Hogar es sinónimo de familia y se define como un grupo de individuos con relación o sin relación quienes no residen en una institución o casa de pensión, si no quienes viven juntos en unidad compartiendo el hogar y todos los ingresos y gastos significantes.

|  |
| --- |
| Circule lo que aplique:Servicios Basados en la Comunidad O Residencial o Colocación en Grupo Hogar RTC/GH) |
| Excepció n de Pagar el CO-PAGO (Razón) | Plazo de Excepción: Desde(Fecha) Hasta(Fecha) |

Esto es para afirmar que toda la información del ingreso salarial proporcionada es exacta según entiendo, que el proceso de la evaluación del pago me ha sido explicada.

Padre/Guardian #1-– **ESCRIBIR** Firma del Nombre del Padre/Guardian #1 Fecha

 -– **ESCRIBIR**

 w

Padre/Guardian #2-– **ESCRIBIR**  Firma del Nombre del Padre/Guardian #2 Fecha

 -– **ESCRIBIR**

Nombre del Administrador del Caso – **ESCRIBIR** Fecha

**Manejador del Caso y Sistema de Cuidado favor de completar las preguntas suplementales en la siguiente página. Gracias.**

**Manejador del Caso y Sistema de Cuidado favor de completar las preguntas abajo. Gracias.**

**Preguntas Suplementales**

1. Es este un caso de CPS? ☐ Si ☐ No
2. Es este un caso de colocación Familiar? ☐ Si ☐ No
3. Es el Seguro Social solamente le salario de la familia? ☐ Si ☐ No
4. Está pagando Medicaid/Seguro Privado por colocaciónes en un Residencial/Grupo? ☐ Si ☐ No
5. Esta el cliente aprobado para ambos Servicios Basados en la Comunidad Y colocación en un Hogar Grupal. ☐ Si ☐ No

Tiempo/fechas en Servicios Basados en la Comunidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo/Fechas en un Hogar Grupal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Esta familia recibe cualquier forma de asistencia pública? ☐ Si ☐ No
2. El Cliente recibe un IEP (Programa de Educación Individualizada ? ☐ Si ☐ No

IEP fechas efectivas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. El cliente recibe servicios adicionales fuera del programa IEP? ☐ Si ☐ No

PART II para ser completada y firmada solamente después de que la Aplicacion y documentacion que la respalda se ha revisado y la cantidad del COPAGO sea evaluada por el/la Especialista en Manejo del Presupuesto.

**PARTE II**

Estoy de acuerdo en pagar el cobro mensual evaluado de $ por todos los servicios recibidos dentro de 30 días después de recibir el estado de cuenta.\* Entiendo que cualquier balance no pagado por servicios recibidos esta sujeto a los procedimientos de recaudación incluyendo embargo de salario y la devolución de impuestos. . Yo discutiré cualquier problema que puedan tener acerca de hacer los pagos de acuerdo con lo antes mencionado con quien maneja mi caso.

Padre/Guardian #1 Padre/Guardian #2 Fecha

**USO DE OFICINA SOLAMENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cantidad de co-pago – Residencial o colocación en un grupo hogar.(RTC/GH)$  | Candidad de Co-pago – Servicios Basados en la Comunidad$  |

Empleado de CSA/Designado Titulo/Posición Fecha