*Le damos la bienvenida al Programa de Children’s Services Act (CSA). CSA ayuda a pagar los servicios de salud conductual a los jóvenes y las familias en caso de que otras fuentes de financiamiento, como Medicaid, el seguro privado y otros recursos familiares, se han agotado y/o no estén disponibles. Todas las familias que solicitan financiación de CSA reciben servicios en una escala móvil basada en su capacidad financiera para contribuir al costo de esos servicios. Su contribución financiera al costo de los servicios es importante y necesaria para acceder a los servicios financiados por CSA.*

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR DE CASOS** |
| Nombre del administrador de casos de la agencia:Haga clic o toque aquí para escribir texto. | Correo electrónico:Haga clic o toque aquí para escribir texto. | N.° de teléfono:Haga clic para escribir texto. |
| **INFORMACIÓN DE LA FAMILIA** |
| Nombre del menor:Haga clic para escribir texto. | Fecha de nacimiento:Haga clic para escribir una fecha. | N.° en Harmony:Haga clic para escribir texto. |
| Dirección:Haga clic para escribir texto. | Ciudad:Haga clic para escribir texto. | Código postal:Haga clic para escribir texto. |
| **PADRE/TUTOR N.º 1**  |
| Nombre:Haga clic para escribir texto. | Relación con el menor:Haga clic para escribir texto. |
| [ ] Igual que arriba | Dirección:Haga clic para escribir texto. | Ciudad:Haga clic para escribir texto. | Código postal:Haga clic para escribir texto. |
| Teléfono: Haga clic para escribir texto. | Correo electrónico: Haga clic para escribir texto. |
| **PADRE/TUTOR N.º 2**  |
| Nombre:Haga clic escribir texto. | Relación con el menor:Haga clic para escribir texto. |
| [ ] Igual que arriba | Dirección:Haga clic para escribir texto. | Ciudad:Haga clic para escribir texto. | Código postal:Haga clic para escribir texto. |
| Teléfono: Haga clic para escribir texto. | Correo electrónico: Haga clic para escribir texto. |
| **INFORMACIÓN DEL SEGURO** |
| [ ]  No tengo seguro privado |
| [ ]  Tengo seguro privado | Nombre del proveedor de seguro privado: Haga clic para escribir texto.  |
| \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (Iniciales de los padres o el tutor) Yo/nosotros estoy/estamos solicitando financiamiento de CSA después de determinar que otras fuentes de financiamiento, como un seguro privado, no están disponibles o son inapropiadas para los servicios solicitados. Entiendo/entendemos que la contribución de los padres no es reembolsable por medio del seguro privado. |

|  |
| --- |
| ***MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN*** |
| [ ]  1. El niño/joven es elegible para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido\* Haga clic para escribir texto. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del trabajador social de FCPS o FCCPS Firma Fecha  |
| [ ]  2. El niño/joven recibe beneficios de Medicaid, TANF, SNAP basados en los ingresos | Verificación de CSA: escriba texto. |
| [ ]  3. Solicitud de servicios basados en la comunidad para el cuidador familiar |
| [ ]  4. Exención de PPS/CPS- ***Si esta casilla está marcada/firmada, su evaluación de contribución parental está completa. Envíe la primera página a la oficina de CSA.***

|  |
| --- |
|  |

 Haga clic para escribir texto. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Haga clic para escribir. Nombre del trabajador de PPS/CPS Firma Fecha  |
|  |
|  ***Si aplica alguna de las opciones 1 a 4, no se requiere hoja de cálculo ni verificación adicional de ingresos. Su copago será de $0.00. Revise y firme la página 4.*** |
| ***A stop sign  Description automatically generatedSi no aplica ninguna de las opciones 1 a 4, complete la siguiente sección para determinar la contribución parental mensual para los servicios basados en la comunidad y en hogar residencial/grupal.*** |

***Instrucciones:*** *Complete la hoja de cálculo a continuación para determinar su contribución parental mensual.*

Determine la contribución parental utilizando la Escala de contribución parental.

* Se proporcionan las cantidades mensuales de la contribución parental para los Niveles del 1 al 18.
* Para los niveles del 19 al 21, las cuotas de la contribución parental se calculan en base a los porcentajes y la fórmula proporcionados en la escala.

**Ejemplo #1:**

Ingresos anuales del grupo familiar = $67,500

3 hijos menores de 18 años de edad X $4,050 = $12,150

Ingresos ajustados del grupo familiar = $55,350

Nivel 2, CBS = $67, RS/GH = $135

**Ejemplo #2:**

Ingresos anuales del grupo familiar = $240,000

4 hijos menores de 18 años de edad X $4,050 = $16,200

Ingresos ajustados del grupo familiar = $223,800

Nivel 18, CBS = $691, RS/GH = $1,216

**Ejemplo #3:**

Ingresos anuales del grupo familiar = $324,500

1 hijo menor de 18 años de edad X $4,050 = $4,050

Ingresos ajustados del grupo familiar = $320,450

Nivel 19, CBS = 5% de AHI/12

 RS/GH = 10% de AHI/12

320,450 x 5/100=16,022.5/12=1,335.21

320,450 x 10/100=32,045/12=2,670.42

CBS = $1,335.21, RS/GH = $2,670.42

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN FINANCIERA** |
| Ingreso bruto anual del padre/tutor N.º 1 *(Envíe copias de los dos recibos de sueldo más recientes)* | $ Haga clic para escribir texto. |
| Ingreso bruto anual del padre/tutor N.º 2 *(Envíe copias de los dos recibos de sueldo más recientes)* | $ Haga clic para escribir texto. |
| Otras fuentes de ingresos (p. ej.: manutención infantil, pensión alimenticia, Seguro Social, desempleo) *(Envíe los documentos de respaldo)* | $ Haga clic para escribir texto. |
| **Ingresos anuales totales del grupo familiar** | $ Haga clic para escribir texto. |
| **CALCULE LOS INGRESOS AJUSTADOS DEL GRUPO FAMILIAR (AHI)** |
| Cantidad de hijos dependientes menores de 18 años de edad |  Haga clic para escribir texto. |
| Deducción (cant. de hijos x $4,050) | $ Haga clic para escribir texto. |
| Reste la Deducción de los Ingresos anuales totales del grupo familiar para obtener los Ingresos ajustados del grupo familiar | $ Haga clic para escribir texto. |
| Contribución parental para los servicios basados en la comunidad (CBS)(de la siguiente escala) | $ Haga clic para escribir texto.(sume esta cantidad a la Contribución parental) |
| Contribución parental para los servicios en hogar residencial/grupal (RS/GH)(de la siguiente escala) | $Haga clic para escribir texto.(sume esta cantidad a la Contribución parental) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nivel | Ingresos ajustados del grupo familiar (AHI) | Servicios basados en la comunidad (CBS) | Hogar residencial/grupal(RS/GH) |
| 1 | $48,599 y menos | $0 | $0 |
| 2 | $48,600 - $55,599 | $67 | $135 |
| 3 | $55,600 - $62,599 | $77 | $154 |
| 4 | $62,600 - $69,599 | $86 | $174 |
| 5 | $69,600 - $76,599 | $96 | $193 |
| 6 | $76,600 - $83,599 | $106 | $213 |
| 7 | $83,600 - $93,599 | $203 | $361 |
| 8 | $93,600 - $103,599 | $228 | $405 |
| 9 | $103,600 - $113,599 | $252 | $448 |
| 10 | $113,600 - $123,599 | $276 | $491 |
| 11 | $123,600 - $133,599 | $301 | $534 |
| 12 | $133,600 - $143,599 | $325 | $578 |
| 13 | $143,600 - $158,599 | $454 | $799 |
| 14 | $158,600 - $173,599 | $501 | $882 |
| 15 | $173,600 - $188,599 | $548 | $966 |
| 16 | $188,600 - $203,599 | $596 | $1,049 |
| 17 | $203,600 - $218,599 | $643 | $1,133 |
| 18 | $218,600 - $233,599 | $691 | $1,216 |
| 19 | $233,600 - $324,999 | 5% de AHI ÷ 12 | 10% de AHI ÷ 12 |
| 20 | $325,000 - $374,999 | 8% de AHI ÷ 12 | 15% de AHI ÷ 12 |
| 21 | $375,000 - y más | 10% de AHI ÷12 | 20% de AHI ÷ 12 |

|  |
| --- |
| **EVALUACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN PARENTAL**  |
| Contribución parental mensual para los servicios basados en la comunidad $ Haga clic o toque aquí para escribir texto. | Contribución parental mensual para servicios en hogar residencial/grupal $ Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Me gustaría solicitar una reducción o exención [ ]  Sí (***complete la siguiente sección)*** [ ]  No ***(revise y firme la página 4)*** |

***Instrucciones:*** *Se debe recopilar los documentos de verificación de ingresos para completar la Solicitud de reducción o exención.*

|  |
| --- |
| **REDUCCIÓN/EXENCIÓN** *Marque una de las casillas a continuación*  |
|[ ]  **Exención de hermano/a** | **Nombre del hermano/a:** Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
|  |  | **Fecha de nacimiento:** Haga clic para escribir una fecha. | **N.° en Harmony:** Haga clic para escribir texto. |
|[ ]  **Exención completa** | **No puedo pagar la contribución mensual debido a:** Haga clic para escribir texto. |
|[ ]  **Reducción** | **Puedo pagar $** Haga clic para escribir texto. **por mes.** |
| ***Motivo de la solicitud: Debe completarse si se selecciona Exención completa o Reducción*** *(Utilice hojas adicionales, si es necesario. Proporcione copias de las facturas que muestren* ***deudas*** *por tratamiento médico y* ***pago*** *de las deudas, declaraciones de bancarrota y cartas de terminación del empleo. Explique los recursos disponibles).* |
| Haga clic o toque aquí para escribir texto. |

*El Acuerdo de reducción o exención está vigente si está firmado por uno de los padres o tutor legal y el Administrador del Programa de CSA o el designado del personal de CSA (firme la página 4)*.

|  |
| --- |
| ***SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE CSA*** |
| Disposición: (aprobado/denegado/otro)Haga clic o toque aquí para escribir texto. |
| Período de aprobación:Haga clic o toque para escribir una fecha. a Haga clic o toque para escribir una fecha. |

*La Evaluación, Exención y/o Reducción de la Contribución parental no es válida a menos que esté firmada por un padre/tutor y el administrador del Programa de CSA o el designado del personal de CSA.*

|  |
| --- |
| **RECONOCIMIENTOS** |
| *Entiendo que soy responsable de hacer un pago por cada mes en que se presten servicios a los miembros de mi hogar. Entiendo que debo mantener mi cuenta al día para asegurar la continuación de los servicios y que soy responsable de informar de inmediato sobre cambios en los ingresos o el tamaño del hogar. Acepto comunicar cualquier inquietud sobre los servicios o el proveedor con mi administrador de casos a medida que surjan.**Entiendo que puedo pagar la cuota de contribución por anticipado o después del mes de servicio enviando un cheque a nombre de County of Fairfax, Department of Family Services, Accounts Receivable/CSA, P.O. Box 3406, Fairfax, VA 22038-3406. Por favor incluya el número de cuenta de la factura en su cheque.* *El Departamento de Servicios para la Familia (DFS)/Oficina de la Ley de Servicios para Niños (CSA) del Condado de Fairfax remitirá los saldos impagos con una morosidad de 60 días o más al Departamento de Administración Tributaria (DTA) del Condado de Fairfax para iniciar el proceso de cobro. Todos los cargos morosos están sujetos a tarifas adicionales y acción de cobro por parte del DTA o sus agentes según lo autorice la ley (Código del condado de Fairfax, §1-1-18 y Código de Virginia, §58.1-3934; §58.1-3958).* |
| *Las partes aceptan que la Oficina de Servicios Infantiles (OCS) de Virginia debe ser parte de esta evaluación y que la firma del CPMT (o su delegado) se considerará hecha en nombre de la OCS con el único propósito de conferir a la OCS la facultad para presentar una reclamación contra el padre o tutor legal mencionado en este documento por el incumplimiento o la negativa de dicho padre o tutor legal a pagar la suma acordada de manera oportuna. Dicha solicitud de pago por parte de la OCS se realizará solo a solicitud del CPMT (o su delegado) y a través de la División de Cobro de Deudas del Departamento Legal en la Oficina del Fiscal General si una una acción de cobro no se pueda remitir a la División de Cumplimiento de Manutención Infantil del Departamento de Servicios Sociales.* |

**Certifico que la información aportada en este formulario es veraz, completa y exacta. Entiendo que si no proporciono información veraz, completa y exacta en este formulario, ello resultará en la denegación o retiro de la Evaluación de la contribución parental y la denegación o retiro de los servicios actuales o futuros. Este acuerdo entra en vigor una vez firmado por uno de los padres o tutores legales y el administrador de CSA o el designado del personal de CSA.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Haga clic para escribir fecha. |
| **Padre, madre o tutor legal N.° 1** |  | **Padre, madre o tutor legal N.° 2** |  | **Fecha** |
| ***SOLO PARA EL PERSONAL DE CSA*** |
|  |  | Haga clic o toque aquí para escribir texto. |  | Haga clic para escribir fecha. |
| **Personal de CSA** |  | **Título/Puesto** |  | **Fecha** |
| La Evaluación de la contribución parental, así como las reducciones/exenciones otorgadas son válidas por un año. Esta evaluación expira el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |