

El abrigo de vestir completo de Servicios Alturas Condado/Coloniales

P. O. La caja 40 9854 Camino de Lori, la Serie 200 abrigo de vestir, VA 23832 (804) 768-7.387 FAX (804) 717-6133

Estimado Padre/Guardián:

Usted y su niño ha sido planificado para el Equipo Familiar de Planificación de Evaluación (FAPT) encontrando. Venga por favor preparado con la información siguiente: El talonario de cheques de la nómina (un talonario de cheques si su paga es consecuente cada período de la paga o tres talonarios de cheques si su paga varía del cheque para verificar), tarjeta de seguro de enfermedad, y los Ingresos y el Gasto completado y firmado de la casa forman (conectó).

Si las Alturas abrigo de vestir/Coloniales Evaluación Familiares y Planificación el Equipo (FAPT) identifica la necesidad para servicios para su niño que la información siguiente aplicará. Esta carta le ayudará en comprender el proceso de CSA.

La República de Virginia y administraciones municipales comparte el costo de servicios financió por CSA. Efectivo, 1996 de enero, la ley de Virginia le requiere, como el padre de su niño o guardián legal, para contribuir hacia el costo de servicios basados en ingresos. Será pedido completar y firmar un Ingresos y el Gasto de la casa forma y para proporcionar prueba de ingresos. "Rentas brutas son todos los ingresos ganados antes de impuestos, las deducciones y los gastos son quitados. El Código de Virginia define rentas brutas como: Los ingresos "...all de todas las fuentes, e incluirá, pero no es limitado a, los ingresos de salarios, los sueldos, las comisiones, las realezas, las primas, los dividendos, la indemnización por despido, las pensiones, el interés, se fía de ingresos, las anualidades, los incrementos de capital, beneficios de seguridad social sino como listó abajo*, beneficios de la compensación de trabajadores, beneficios de seguro de desempleo, beneficios de seguro de incapacidad, los beneficios de veteranos, apoyo conyugal, los ingresos de renta, los regalos, los premios o los premios". Las "rentas brutas" no incluirán beneficios de la ayuda estatal (TANF), beneficios de ingresos de Seguridad, ni la manutención de hijos Suplementarios Federales". Esta información será utilizada para determinar su cantidad paternal de co-pago. Llene por favor la forma completamente y exactamente. (Si hay un cambio en su estatus financiero, contacta por favor la oficina de CSA inmediatamente en 706-2877 – pide Enramadas de Malinda)

Será pedido completar y firmar un Acuerdo Paternal de Contribución, que indicará su cantidad de la co-paga, y la fecha en la que pago empezará. El pago es debido en el primer de todos los meses. Los co-pagos serán prorrateados basados en cuando servicios empiezan. En esta forma, usted también será pedido proporcionar información sobre donde usted deposita y alguna información personal adicional. Esta información sólo será utilizada debe su cuenta es entregada Cobro de morosos, que ocurrirá sobre el impago repetido de co-pago paternal a menos que otros arreglos hayan sido hechos.

Si tiene cualquier pregunta acerca de este proceso, contacta por favor Enramadas de Malinda en 706-2877.

El abrigo de vestir completo de Servicios Alturas Condado/Coloniales

P. O. La caja 40 9854 Camino de Lori, la Serie 200 abrigo de vestir, VA 23832 (804) 768-7.387 FAX (804) 717-6133

ACUERDO PATERNAL de CONTRIBUCION

Yo, _____, es el guardián padre/legal de, _____, que recibe actualmente servicios por Condado de abrigo de vestir/Alturas Coloniales Servicios Completos. Comprendo la Evaluación Familiares y la Planificación el Equipo (FAPT) ha aprobado la financiación de servicios para mi niño, y tiene la autoridad para discontinuar financiación para servicios cuando apropiada. Comprendo que soy esperado participar activamente en el tratamiento de mi niño y con el proceso de planificación de FAPT. Conuerdo en contribuir financieramente a estos servicios aprobados según la Hoja de trabajo de Pauta de Manutención de hijos para servicios residenciales o la Escala Móvil de Honorario para servicios no residenciales (vea conectado) en la cantidad de \$ _____ por mes. Los pagos son debidos el primer de empezando todos los meses en _____ hasta que mi niño ya no sea servicios que recibe por CSA y el equilibrio es pagado la deuda entera.

Extienda un cheque a favor de Tesorero de Condado de abrigo de vestir y envía a: Las Alturas abrigo de vestir/coloniales – CSA a la atención de. Las Enramadas de Malinda, P.O. La caja 40, el abrigo de vestir, VA 23832.

Comprendo que si fallo de conformarse con pagos, Alturas entonces abrigo de vestir/Coloniales Servicios que Completos adelantarán mi equilibrio sobresaliente al Cobro de morosos.

El nombre del Banco _____

El nombre de Empleador _____
Padre /Guardián Legal

El nombre de Empleador _____
Cónyuge/ Guardián Legal

Imprima Nombre _____ Imprima Nombre _____

*Esta información será utilizada debe su cuenta es entregada Cobro de morosos.

Firmado:

Padre/Guardián

Date _____

Cónyuge/Guardián

Date _____

Date _____

Karen M. Reilly-Jones

Entre organismos Atiende a a Administrador

Servicios residenciales y no residenciales

La fecha: _____

Información general

El Nombre de niño _____
El Nombre de padre _____
Dirección _____
Teléfono _____
El número de Niños _____
(viviendo en la casa)

Medicaid se matriculó SI/NO _____
El Nombre de padre _____
Dirección _____
Teléfono _____
Edades _____

Crée los Ingresos**

Las Rentas brutas Por Paga el Período	Pague el Período Frecuencia	Obtenga unos beneficios brutos de los Ingresos Mensuales
El padre 1 _____	x _____	= _____
El padre 2 _____	x _____	= _____
Otro _____	x _____	= _____

SSI de niño y Elegibilidad de SSDI

	<u>SSI</u>	<u>SSDI</u>
Pagos elegibles y recipients	SI/NO	SI/NO
Elegible pero no recibiendo pagos	SI/NO	SI/NO
Elegibilidad potencial	SI/NO	SI/NO
Determinado ineligible	SI/NO	SI/NO
No applicable	SI/NO	SI/NO
Desconocido	SI/NO	SI/NO

Otros Ingresos Familiares

Mensualmente

Alivio general _____
TANF _____
Subsidio de paro _____
La Seguridad social Beneficia _____
Pensión/Manutención de hijos _____
Interés/Dividendos de inversion _____
Pagos de Seguros de vida _____
Disability/Worker Comp _____
Ingresos de jubilación _____
Otro _____
Otro _____

Gruesa total los Ingresos Mensuales

Los Gastos mensuales**

Gastos Médicos extraordinarios

Médico _____
Hospital _____
Medicina _____
El Seguro de enfermedad (alcance para el niño sólo) _____

Otro

Guardería _____
Pensión _____
Manutención de hijos _____
Aconsejar _____

****Apoyando Documentación Necesaria para Ingresos y Gastos Mensuales**

Gastos Mensuales totales _____

Certifico que la información es exacta según mi leal saber y entender y que he reportado todos los ingresos y Gastos.

Crée Firma

Fecha

Crée Firma

Fecha

El abrigo de vestir completo de Servicios Alturas Condado/Coloniales

P. O. La caja 40 9854 Camino de Lori, la Serie 200 abrigo de vestir, VA 23832 (804) 768-7.387 FAX (804) 717-6133

FECHA _____

Padre(s)/Guardián (es) Legal (es) _____ (persona responsable)
Dirección _____

SSN# _____ (necesario)

OBJETO: ACUERDO DE ARREGLO DE PAGOS

Firmando este acuerdo, yo acuerdo a pagar \$ _____ para el día 15 de cada mes consecutivo empezando el _____ hasta que el balance sea pagado en su totalidad.

Yo entiendo que si fallo en hacer algún pago, el balance total de la cuenta que se debe se convertirá de manera inmediata en atrasada y se tendrá que pagar. Entiendo que una multa por demora del 10% de la cantidad a pagar o \$10, el que sea mayor, será agregado si el pago no es recibido para la fecha estipulada. Entiendo que si el cobro permanece sin pagar, una notificación final será enviada indicando que la cuenta será enviada a Debt Collection (DCD, por sus siglas en inglés) si no es pagada para una fecha específica. Entiendo que si mi cuenta es enviada a cobranzas, seré responsable por multas y costos adicionales agregados por la agencia cobradora. Además entiendo que mi cuenta pendiente será reportada con las agencias de crédito por la agencia cobradora.

Admisión y Aceptación

El abajo firmante admite la cantidad total de la anterior cuenta pendiente y acepta los términos de pago anteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva la copia firmada de este acuerdo con su primer pago.

Sinceramente,

Malinda H. Bowers
Sr. Administrative Analyst
(804) 706-2877