

Fecha \_\_\_\_\_ Agencia proveedora ESIT \_\_\_\_\_

Nombre de personal FRC/ESIT \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Sección A: Información de identificación**

Nombre legal del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de pariente/tutor 1 \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de pariente/tutor 2 \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Sección B: Motivo para determinación de capacidad de pago (marque una)**

- Familia sin acceso a Apple Health for Kids CHIP, TRICARE o seguro privado
- La familia no tiene seguro
- La familia ha solicitado una determinación de capacidad de pago.
- Familia con acceso permitido a TRICARE o seguro privado (marque una)
  - \_\_\_\_\_ Sin beneficio para **TODOS** los servicios del IFSP sujetos a la participación en los costes familiares (FCP).
  - \_\_\_\_\_ Reembolso denegado para **TODOS** los servicios del IFSP sujetos a FCP.
  - \_\_\_\_\_ El proveedor no está incluido en la red.

Pase a la sección D.

**Sección C: Se negó a facilitar información sobre ingresos y gastos**

- La familia se negó a facilitar información sobre ingresos y gastos, por lo que se le aplicará la tarifa mensual más alta para el tamaño de su familia y no podrá acogerse a una exención por dificultades económicas.

Pase a la sección H.

**Sección D: Ingresos anuales**

Aporte de prueba de ingresos durante los últimos doce meses o el ejercicio fiscal anterior. Se necesitará un tipo de documento para demostrar los ingresos y no se conservarán pruebas en el expediente del menor.

✓	<b>Tipo de documento (seleccione uno)</b>	<b>Ingresos anuales</b>
	Declaración de la renta más reciente ( <i>ingresos en bruto</i> )	
	Último recibo del sueldo ( <i>ingresos en bruto</i> )	
	W2(s) más reciente(s) ( <i>ingresos en bruto</i> )	
	Declaración escrita del sueldo o salario adjunta ( <i>debe incluir el nombre de la empresa o empleador, dirección, número de teléfono y firma del supervisor o del personal de recursos humanos</i> ).	
	Declaración escrita o verbal de los ingresos de la familia. ( <i>Permitido si la familia no tiene acceso a la documentación anteriormente mencionada</i> ).	
	<b>Total de ingresos anuales permitidos</b>	

### Sección E: Gastos anuales permitidos

Documentación de los gastos no reembolsados en los que haya incurrido el menor y/u otros miembros de la familia durante los últimos doce meses; esta documentación no se conservará en el expediente del menor.

Categorías de gastos anuales permitidos no reembolsados	Importe del gasto
Gastos médicos, dentales y de salud mental, incluidas primas, copagos, coseguros, franquicias y servicios médicos no cubiertos	
Asistencia sanitaria a domicilio proporcionada por una agencia de asistencia sanitaria a domicilio autorizada	
Pensiones alimenticias	
Gastos de guardería ( <i>durante el trabajo o la escuela</i> )	
<b>Total de gastos anuales permitidos</b>	

### Sección F: Ingresos anuales ajustados, tamaño de familia y FPL

Tipo de documento ( <i>seleccione uno</i> )	Ingresos anuales
1. Ingresos anuales totales ( <i>según lo documentado en la Sección D</i> ):	
2. Gastos anuales permitidos ( <i>según lo documentado en la Sección E</i> ):	
3. Ingresos ajustados ( <i>línea 1 menos línea 2</i> ):	
4. Tamaño de familia: Todos los miembros familiares que viven en el domicilio del menor:	
5. Porcentaje del FPL de la familia según la tabla de cuotas mensuales ( <i>Líneas 3 y 4</i> ):	
<b>Total de ingresos anuales permitidos</b>	

### Sección G: Determinación de capacidad de pago (*marque una*)

- La familia cumple los criterios de incapacidad de pago si la línea 5 está por debajo del 200 % del nivel federal de pobreza (FPL) para el tamaño de su unidad familiar y recibirá todos los servicios sin coste alguno.
- La familia cumple los criterios de capacidad de pago si la línea 5 está por encima del 200 % del nivel federal de pobreza (FPL) para el tamaño de la unidad familiar. La familia es responsable de cualquier copago, coseguro, franquicia o cuota mensual de participación (que se determina más adelante). **Si la familia sigue sin poder pagar, complete la sección I: Exención por dificultades económicas.**

### Sección H: Motivo de la cuota mensual de participación (*marque uno*)

- Familia sin acceso a Apple Health for Kids CHIP, TRICARE o seguro privado.
- La familia no tiene seguro.
- Familia con acceso permitido a TRICARE o seguro privado (*marque una*)
- Sin beneficio para **TODOS** los servicios del IFSP sujetos a FCP.
  - Reembolso denegado para **TODOS** los servicios del IFSP sujetos a FCP.
  - El proveedor no está incluido en la red.

La familia rehusó proporcionar información sobre sus ingresos y gastos y no reúne los requisitos para una exención por dificultades económicas.

### Sección I: Cuota mensual de participación

La cuota mensual de participación no será superior al coste real de los servicios, siendo esta una cuota fija para **todos** los servicios del IFSP del menor sujetos a FCP, y es la cantidad máxima que se cobra independientemente del número de niños inscritos en los servicios.

Ingresos ajustados ( <i>de más arriba</i> )	
Tamaño de familia: Todos los miembros familiares que viven en el domicilio del menor	
Cuota mensual de participación basada en la tabla de cuotas mensuales	

## Sección J: Motivo para exención por dificultades económicas

Se ha determinado que la familia tiene capacidad de pago y no puede cumplir su obligación de participación en los gastos familiares debido a circunstancias que **incluyen, pero no se limitan a, las siguientes: (Marque todo lo que corresponda)**

- Un cambio en los ingresos o gastos.
- Gastos médicos significativos y/o corrientes.
- Un cambio en estado de empleo (por ejemplo, pérdida del empleo o reducción horaria).
- Un evento vital significativo (por ejemplo, un divorcio, ruptura de relación, herida, enfermedad o muerte familiar).
- Una emergencia o desastre natural.
- Pagos de renta o hipoteca, con costes mensuales, incluyendo los servicios que no sean el teléfono, que excedan el 30 % de los ingresos mensuales domésticos.

Otro (especifique):

### Al firmar, por la presente afirmo que:

- He proporcionado información en este formulario de forma completa y precisa.
- Acepto notificar a mi FRC o proveedor ESIT cualquier cambio en mi situación.
- Mi FRC me ha explicado el SOPAF y me ha dado una copia de la política del SOPAF.
- Entiendo que mi determinación de capacidad de pago y/o exención por dificultades económicas se revisará anualmente a menos que mi situación cambie antes de la fecha de revisión.

### Firma(s) de parientes/tutores

Firma de pariente/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de pariente/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Al firmar, afirmo que la información facilitada, revisada y documentada en este formulario es exacta y completa a mi leal saber y entender.

### Firma de personal FRC/ESIT

Firma de personal FRC o ESIT \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_