

SOLICITUD DE VARIACIÓN DE CUOTA

Programa de Cuotas para los Padres – Exención Para Servicios Básicos del Hogar y la Comunidad

1. Nombre del Padre/Madre o Padres: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número Telefónico de Día: (____) _____ Correo Electrónico: _____

Número de Cliente del Padre/Madre para Pago de Cuotas (si se conoce): _____

2. Nombre del Niño(a): _____ No. Seguro Social del Niño: _____

3. Estoy solicitando (marque una opción) _____ reducción en la cuota _____ exención de la cuota total

NOTA: Los numerales (1) y (6) de abajo tienen dos preguntas cada uno – responda la pregunta que corresponda a su solicitud.

A. Los padres que estén solicitando una exención de la cuota total o una reducción de la cuota pueden proporcionar cualquier información que deseen les sea tomada en cuenta por el Departamento de Servicios Sociales y Rehabilitación (SRS, por sus siglas en inglés). En caso de cualquier criterio que usted considere no sea pertinente a su situación, por favor escriba “No Aplica”. Los criterios específicos a tratar son los siguientes:

(1) Si está solicitando exención del total de la cuota: ¿Cuál es su dificultad y está su familia pasando privaciones de sus necesidades básicas como alimentos, ropa o alojamiento?

Si está solicitando una reducción de la cuota: ¿Cuál es el cambio significativo y cuáles son las consecuencias e impactos de la carga financiera resultante?

(2) Estime el Ingreso Bruto Ajustado (AGI, por sus siglas en inglés) para el año fiscal actual, proporcione el AGI registrado en su última Declaración Federal de Impuestos sobre la Renta y escriba una explicación breve de las razones de dicha variación. Si va a recibir una indemnización por despido, este ingreso deberá ser incluido en el AGI.

AGI - aproximado para el año actual: \$ _____ AGI - última declaración federal: \$ _____

Año Fiscal: _____

Explicación:

(3) ¿Cómo resultado de las dificultades o cargas, cuales son los costos promedio “excepciones” mensuales que superan los costos típicos afrontados por familias que tienen niños discapacitados? Enumérelos y luego describa la necesidad de éstos.

Costo Mensual Promedio del Producto o Servicio	Enumere el Producto o Servicio	Costo Mensual Promedio del Producto o Servicio	Enumere el Producto o Servicio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(4) ¿Hay alguna carga significativa no-financiera que esté siendo impuesta sobre la familia?

(5) ¿La respuesta de la familia a las privaciones o cargas (particularmente las identificadas anteriormente en los numerales (1) y (3)) es el resultado de eventos que están fuera del control de la familia, o más bien el resultado de sus propias elecciones?

(6) Si está solicitando exención de la cuota total: ¿Se ha agravado la situación hasta el punto de ser una “dificultad demostrable”, conforme a lo requerido en la Condición Legislativa? – ¿Porqué?

Si está solicitando la reducción de su cuota: ¿Ha sobrepasado la situación circunstancias normales que generen gastos para las familias que tienen un hijo(a) con discapacidad?– ¿Porqué?

(7) ¿Por cuánto tiempo es probable que continúen las privaciones o cargas?

(8) A continuación escriba cualquier información adicional que los padres deseen que el SRS tome en cuenta, la cual no esté incluida en las respuestas del numeral 1 al 7. Si desea puede utilizar una hoja adicional.

B. A mi leal saber y entender, la información que he presentado en esta Solicitud de Variación de Cuota es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____

Favor devolver este formulario a: SRS, Health Care Policy - Parent Fee Program
Management Operations - Collections Unit
915 SW Harrison, DSOB 10th Floor
Topeka, KS 66612-1570

Información de Contacto para Resolver Preguntas: Teléfono: (785) 296-3536

Fax: (785)368-6228