



INFORMATIONS FINANCIÈRES CONCERNANT LA PARTICIPATION DES FAMILLES AUX FRAIS

NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	CHEF DE FAMILLE	REMPLE LE
-----------------	-------------------	-----------------	-----------

INSTRUCTIONS

Des informations financières sont nécessaires pour déterminer si la famille doit verser une cotisation mensuelle pour participer au programme First Steps. La cotisation mensuelle est basée sur une échelle mobile qui prend en compte le nombre de personnes composant le foyer et le revenu brut ajusté de la famille. Pour les familles soumises à des cotisations, la cotisation minimum s'élève à 5 \$ et la cotisation maximum à 100 \$ par mois.

Des informations financières sont recueillies lors des réunions initiales et annuelles de l'IFSP (Plan de service familial individualisé) et toutes les fois que la taille ou le revenu du foyer change. Une copie de la politique du **Système de paiements du First Steps** est fournie au parent avant la collecte d'informations financières.

Le parent doit choisir l'une des trois options ci-dessous. Le parent doit signer et dater ce formulaire et le retourner au Coordinateur des services avant que la cotisation mensuelle ne soit décidée. Les coordonnées du Coordinateur des services sont indiquées ci-dessous.

CONFIRMATION

Après examen de la politique du **Système de paiements du First Steps**, j'ai choisi l'option suivante :

- Option 1 :** Je confirme que mon enfant est inscrit au MO HealthNet/Medicaid, que ma famille bénéficie de l'Allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI), des Bons alimentaires ou que l'enfant est en famille d'accueil.
- Option 2 :** Je confirme que les informations concernant le foyer et les revenus sont exactes à la date de la signature.
- **Taille du foyer** (Nombre de personnes dans le foyer) : _____
 - **Informations sur le revenu** (A ou B est requis)
 - A. Déclaration des revenus fédérale**
 Déclaration de statut : Célibataire Marié, déclaration conjointe
 Chef de famille Marié, déclaration séparée (remplit deux formulaires)
 Revenu brut ajusté de la Déclaration des revenus fédérale \$ _____
 - B. Autre revenu provenant de talons de cheque de paye, etc ;**
 Revenu annuel estimé provenant d'autre revenu \$ _____
- Option 3 :** Je refuse de fournir des informations financières. Je comprends que cela aura pour conséquence le paiement de la cotisation mensuelle maximale de 100 \$.

SIGNATURE

SIGNATURE DU PARENT	DATE DE LA SIGNATURE DU PARENT
---------------------	--------------------------------

NOM EN LETTRES CAPITALES DU PARENT

COORDINATEUR DES SERVICES

NOM ET ADRESSE DU COORDINATEUR DES SERVICES	NUMERO DE TELEPHONE DU COORDINATEUR DES SERVICES
---	--

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE L'AGENCE	Date de reception par l'agence
---------------------------------------	--------------------------------

Une copie de la politique du Système de paiements du First Steps est fournie avec ce formulaire.

Dans ses programmes et activités, le Département de l'éducation primaire et secondaire ne fait aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle, l'origine nationale, l'âge, le statut d'ancien combattant, le handicap mental ou physique ou tout autre motif interdit par la loi. Les demandes de renseignements liés aux programmes du Département et aux lieux des services, aux activités et aux installations accessibles par les personnes handicapées peuvent être adressées au Jefferson State Office Building, Director of Civil Rights Compliance and MOA Coordinator (Title VI/Title IX/504/ADA/ADAAA/Age Act/GINA/USDA Title VI), 5th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480 ; numéro de téléphone 573-526-4757 ou TTY 800-735-2966 ; e-mail civilrights@dese.mo.gov.