



FINANSIJSKE INFORMACIJE ZA UČEŠĆE PORODIČNIH TROŠKOVA

IME I PREZIME DJETETA	DATUM ROĐENJA	GLAVA DOMAĆINSTVA	DATUM ZAVRŠETKA
-----------------------	---------------	-------------------	-----------------

UPUTSTVA

Finansijske informacije su potrebne da bi se utvrdilo da li će porodica plaćati mjesečnu naknadu za učešće u programu First Steps. Mjesečna naknada se temelji na kliznoj skali koja uzima u obzir broj ljudi u domaćinstvu i usklađeni bruto prihod za porodicu. Za porodice za koje je procijenjena naknada, minimalna naknada je 5 \$, a maksimalna naknada je 100 \$ mjesečno.

Finansijske informacije prikupljaju se na inicijalnim i godišnjim sastancima Individualiziranog plana porodičnih usluga (IFSP) i u svakom trenutku kada se promijeni veličina ili prihodi domaćinstva. Prije prikupljanja finansijskih informacija roditelju se dostavlja kopija polise **istema plaćanja od First Steps**.

Roditelj mora odabrati jednu od tri opcije navedene u nastavku. Roditelj mora potpisati i staviti datum na ovaj obrazac i vratiti ga koordinatoru za usluge prije nego što se utvrdi mjesečna naknada. Kontakt informacije koordinatora za usluge su navedene u nastavku.

POTVRDA

Nakon pregleda polise **istema plaćanja od First Steps**, biram sljedeću opciju:

Opcija 1: Potvrđujem da moje dijete ima MO HealthNet/Medicaid, moja porodica prima dodatnu socijalnu pomoć (SSI), kupone za hranu ili je dijete kod udomitelja.

Opcija 2: Potvrđujem da su podaci o domaćinstvu i prihodima tačni sa datumom potpisivanja.

- **Veličina domaćinstva** (tj. broj u domaćinstvu): _____
- **Informacije o prihodima** (potrebno je ili A ili B)

A. Federalna porezna prijava

Status arhiviranja: Jedno Vjenčani, zajedničko podnošenje zahtjeva za porez

Glava domaćinstva Vjenčani, odvojeno podnošenje zahtjeva za porez (popunite dva obrasca)

Usklađeni bruto prihod od federalne porezne prijave: \$ _____

B. Ostali prihodi sa platne liste, itd.

Procijenjeni godišnji prihod od ostalih prihoda: \$ _____

Opcija 3: Odbijam pružiti finansijske informacije. Shvaćam da će to rezultirati maksimalnom mjesečnom naknadom od 100 USD.

POTPIS

POTPIS RODITELJA	DATUM POTPISA RODITELJA
------------------	-------------------------

ŠTAMPANO IME RODITELJA

KOORDINATOR ZA USLUGE

IME I PREZIME I ADRESA KOORDINATORA ZA USLUGE	BROJ TELEFONA KOORDINATORA ZA USLUGE
---	--------------------------------------

POTPIS PREDSTAVNIKA AGENCIJE	DATUM PRIJEMA OD STRANE AGENCIJE
------------------------------	----------------------------------

Uz ovaj obrazac prilaže se i kopija polise sistema plaćanja od First Steps.

Odsjek za osnovno i srednje obrazovanje ne vrši diskriminaciju na osnovu rase, boje kože, religije, spola, seksualne orijentacije, nacionalnog porijekla, starosne dobi, boračkog statusa, mentalnog ili fizičkog invaliditeta ili bilo kojeg drugog osnova koji je zakonom zabranjen, u svojim programima i aktivnostima. Pitanja u vezi programa odsjeka i mjesta pružanja usluga, aktivnosti i prostorija koje su pristupačne za osobe s invaliditetom, mogu se uputiti na Jefferson State Office Building, direktoru za poštivanje građanskih prava i koordinatoru MOA (Title VI/Title IX/504/ADA/ADAAA/Age Act/GINA/USDA Title VI), 5. sprat, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; broj telefona 573-526-4757 ili TTY 800-735-2966; email civilrights@dese.mo.gov.