

VERBAL NOTICE OF ELIGIBILITY

VERBAL NOTICE INFORMATION

DATE VERBAL NOTICE RECEIVED _____ DOCUMENTED BY _____
 DES/CCA SPECIALIST'S NAME _____ PHONE NO. _____
 PARENT/CARETAKER'S NAME _____

CHILD'S NAME	CHILD'S ID#	START DATE	STOP DATE	#OF UNITS	COPAY AMOUNT
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L

- If a Certificate of Authorization form is not received after ten (10) working days of receiving a verbal notification of eligibility, contact the child's Case Specialist to request a copy of the child's CP08A Client/Provider Action/Authorization Notice, "Turn-Around Document".
- The copay amount is the minimum payment expected for each child and is set by DES/CCA. The amount you actually charge a family for care (your charges minus what DES/CCA pays) may be greater than the copay amount.
- "D" Full Day = 6 hours or more, "L" = Less than 6 hours = Part Day.

Equal Opportunity Employer/Program • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact 602-542-4348; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request. • Español al reverso.

AVISO VERBAL DE ELEGIBILIDAD

INFORMACIÓN DEL AVISO VERBAL

FECHA EN LA CUAL EL AVISO VERBAL FUE RECIBIDO _____ APUNTADO POR _____
 NOMBRE DEL ESPECIALISTA DE DES/CCA _____ NÚM DE TELÉFONO _____
 NOMBRE DE MADRE/PADRE/ENCARGADO _____

NOMBRE DEL NIÑO/A	# DE ID DEL NIÑO	FECHA DE EMPEZAR	STOP DATE DE TERMINAR	#DE UNIDADES	CANTIDAD DE COPAGO
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L
_____	_____	_____	_____	D	D
_____	_____	_____	_____	L	L

- Si no recibe un Certificado de Autorización después de diez (10) días laborales de recibir un aviso verbal de elegibilidad, comuníquese al Especialista de Caso del niño/a para pedir una copia de CP08A Client/Provider Action/Authorization Notice, "Turn-Around Document" del niño/a.
- La cantidad del copago es el pago mínimo que se espera para cada niño/a y es fijado por DES/CCA. La cantidad que le cobra realmente a una familia por cuidado (su precio menos lo que paga el DES/CCA) puede ser mayor que la cantidad del copago.
- "D" Día completo = 6 horas o más, "L" = Menos de 6 horas = Día parcial.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI yVII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese al 602-542-4348; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • English on the reverse.