CC-031 (9-02)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Child Care Administration

VERBAL NOTICE OF ELIGIBILITY

DATE VERBAL NOTICE OF ELIGIBILITY RECEIVED: _____

VERBAL NOTICE OF ELIGIBILITY DOCUMENTED BY: _____

DES/CCA OR ARIZONA WORKS CASE SPECIALIST'S NAME: _____

CASE SPECIALIST'S PHONE NUMBER: (_____) _____

PARENT'S NAME: _____

DES/CCA OR ARIZONA WORKS START DATE OF CHILD CARE SERVICES: _____

DES/CCA OR ARIZONA WORKS STOP DATE OF CHILD CARE SERVICES: _____

CHILDS NAME	CHILD'S ID NO.	NUMBER OF ELIGIBLE UNITS/KIND	COPAY AMOUNT FULL DAY/PART DAY
1.		D	D
		L	L
2.		D	D
		L	L
3.		D	D
		L	L
4.		D	D
		L	L
5.		D	D
		L	L

- **IF A CERTIFICATE OF AUTHORIZATI0N FORM IS NOT RECEIVED AFTER 10 WORKING DAYS OF RECEIVING THE VERBAL NOTICE OF ELIGIBILITY, CONTACT THE CHILD'S CASE SPECIALIST TO REQUEST A COPY OF THE CHILD'S "CPO8A TURN-AROUND DOCUMENT".**
- **COPAYMENT - AN AMOUNT THAT DES/CCA OR ARIZONA WORKS ESTABLISHES FOR FAMILIES BASED ON THE ELIGIBLE FAMILY'S SIZE AND INCOME. THE COPAYMENT IS NOT TO BE CONSIDERED THE DIFFERENCE (DOLLAR AMOUNT) BETWEEN WHAT DES/CCA REIMBURSES THE PROVIDER AND THE PROVIDER'S ACTUAL CHARGES.**
- **"D" (FULL DAY) - 6 OR MORE HOURS. "L" (PART DAY) - LESS THAN 6 HOURS.**

Equal Opportunity Employer/Program

Under the Americans with Disabilities Act (ADA), 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 that 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. This document is available in alternative formats by contacting: (602) 542-4248 ◆ Español en el reverso.

CC-031 (9-02)

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONóMICO DE ARIZONA
Asministración de Cuidado de Niños

NOTIFICACION VERBAL ACERCA DE LA ELEGIBILIDAD

FECHA EN QUE SE RECIBIO LA NOTIFICACION VERBAL ACERCA DE LA ELEGIBILIDAD: _____

QUIEN DOCUMENTO LA NOTIFICACION VERBAL ACERCA DE LA ELEGIBILIDAD: _____

NOMBRE DEL ESPECIALISTA DE CASOS DE DES/CCA O ARIZONA WORKS: _____

TELEFONO DEL ESPECIALISTA DE CASOS: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE: _____

FECHA DE COMIENZO DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS DE DES/CCA O AZ WORKS: _____

FECHA DE TERMINACION DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS DE DES/CCA O AZ WORKS: _____

NOMBRE DEL NIÑO	NUM. ID DEL NIÑO	NUM. DE UNIDADES/ CLASE ELEGIBLES	CANTIDAD DEL COPAGO DIA COMPLETO/PARCIAL/
1.		D	D
		L	L
2.		D	D
		L	L
3.		D	D
		L	L
4.		D	D
		L	L
5.		D	D
		L	L

- **Si no ha recibido un certificado de autorización después de 10 días laborales de haber recibido su notificación verbal acerca de la elegibilidad, comuníquese con el especialista de casos del niño para pedir una copia de documento "CPO8A TURN-AROUND DOCUMENT" del niño.**
- **Copago es una cantidad que DES/CCA o ARIZONA WORKS establece para las familias a base del tamaño y los ingresos de la familia elegible. El copago no ha de considerarse como la diferencia (cantidad de dólares) entre lo que DES/CCA le reembolsa al proveedor y los cargos reales del proveedor.**
- **"D" (día completo): 6 o más horas. "L" (día parcial): menos de 6 horas.**

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales 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 una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con:602-542-4248 ◆ English on front.