



Acuerdo de Relevo



Nombre del niño o de la niña

Fecha

Servicios de relevo aprobados en el Plan de Apoyo Familiar Individualizado:

Horas de relevo a suministrar: _____ horas por cada _____ (semana/mes)

Fecha de inicio de autorización de los servicios de relevo:

Fecha de finalización de autorización de los servicios de relevo:

Tarifa por los servicios de relevo negociada por la familia:

Estoy de acuerdo con lo siguiente (marque cada afirmación):

- Hacer todos los arreglos para la entrega del relevo.
- Si se pagó el relevo por anticipado, todos los fondos no utilizados deben ser devueltos a Primeros Pasos dentro de los 30 días posteriores al final de la autorización del período de relevo si mi familia no recibe los servicios de relevo para la cantidad de horas durante el marco de tiempo autorizado en mi Plan de Apoyo Familiar Individualizado.
- Elegir un proveedor que no sea un miembro de la familia (madre, padre, hermano, tía, tío, abuelo, pariente postizo o político).
- Completar y entregar la documentación de relevo requerida dentro de los 30 días posteriores al final del período de autorización de relevo.

Nombre del padre/cuidador (en letra de imprenta)

Firma de padre/cuidador

Fecha

Firma del Coordinador del Servicio

Fecha