

ARANCEL ANUAL DEL PROGRAMA FAMILIAR FORMULARIO DE PAGO (SEGUNDA NOTIFICACIÓN)

Nombre del Consumidor	RC #	No. de UCI (Número único de identificación del cliente)	Año Fiscal De Estimación	Monto Abonado
-----------------------	------	---	--------------------------	---------------

(Incluya la información al dorso para el caso de otros hijos que reciben servicios del Centro Regional.)

Los registros del estado no reflejan el pago de su Arancel Anual del Programa Familiar. Se ha estimado para usted un Arancel Anual del Programa Familiar de \$ _____ por los servicios que se le prestan a su hijo. Este arancel es exigido por la legislación estatal (Artículo 4785 del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code)). Se calcula un arancel por familia, independientemente de la cantidad de hijos que reciban los servicios. Este arancel es anual. El monto del ingreso anual utilizado para establecer su arancel depende del tamaño de su familia. Consulte la tabla que aparece al dorso del presente formulario para determinar el monto de su arancel.

Si cree que reúne los requisitos para pagar un arancel más bajo, comuníquese a su centro regional para obtener más información. Su centro regional le podría pedir documentación de ingresos para poder reducir su arancel.

El Artículo 4710.5 del Código de Bienestar e Instituciones les ofrece a los padres la oportunidad de solicitar una audiencia justa en caso de que usted no esté de acuerdo con la estimación de su arancel. Si desea que la estimación de su arancel sea revisado conforme a la ley mencionada, debe completar un formulario de Solicitud de Audiencia Justa dentro de los 30 días posteriores a la fecha de estimación. Puede conseguirlo en el Centro Regional o a través del sitio [web del departamento: www.dds.ca.gov](http://www.dds.ca.gov), formulario número DS 1805.

El pago será exigible al momento de la recepción de la presente notificación. Incluya la parte inferior del presente formulario al enviar su cheque o transferencia a "DDS – Annual Family Program Fee". Incluya en su cheque o money order los números de UCI y RC que se indican en la parte superior. ** También puede pagar su cuota con Visa o MasterCard llamando (800) 862-0007.

En caso de duda respecto de su arancel, contáctese con su Centro Regional.

IMPORTANTE: SEPARE Y ENVÍE LA PARTE INFERIOR DE LA PRESENTE DECLARACIÓN JUNTO CON SU PAGO PARA GARANTIZAR EL CRÉDITO CORRESPONDIENTE

ARANCEL ANUAL DEL PROGRAMA FAMILIAR - FORMULARIO DE PAGO (SEGUNDA NOTIFICACIÓN)

Indique el Centro Regional y el No. de UCI en todas las consultas y pagos.

Nombre del Consumidor	RC #	No. de UCI (Número único de identificación del cliente)	Año Fiscal De Estimación	Monto Abonado
-----------------------	------	---	--------------------------	---------------

(Incluya la información al dorso en el caso de otros hijos que reciben servicios del Centro Regional)

(Información confidencial del consumidor – consultar el Artículo 4514 del Código de Bienestar e Instituciones)

Enviar por correo a: California Department of Developmental Services

Annual Family Program Fee
Accounting Section, Room 310 (MS 3-7)
P. O. Box 944202
Sacramento, CA 94244-2020

ARANCEL ANUAL DEL PROGRAMA FAMILIAR FORMULARIO DE PAGO (SEGUNDA NOTIFICACIÓN)

Cada una de las familias de un niño que deba abonar el Arancel Anual del Programa Familiar (AFPF) o que reciba servicios a través del Centro Regional deberá abonar un solo arancel anual. Incluya a continuación la información de otros hijos que reciben servicios del Centro Regional.

Nombre Del Consumidor	RC #	No. de UCI (Número único de identificación del cliente)

Aquellas familias que perciben ingresos iguales o mayores al 800 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) deben abonar la suma anual de \$200.00. Las familias que perciben ingresos de entre 400 y 799 por ciento del FPL abonarán un arancel anual de \$150.00. Las familias con ingresos menores del 400 por ciento del FPL no deben abonar el arancel. Utilice la siguiente tabla para estimar el monto de su arancel conforme al tamaño de su familia y al ingreso anual de los padres.

Si considera que según sus ingresos le corresponde un arancel menor, contáctese con el Centro Regional.

Tamaño De La Familia	Ingreso Anual	Arancel	Ingreso Anual	Arancel	Ingreso Anual	Arancel
2	\$0 - \$67,639	\$0	\$67,640 - \$135,279	\$150	\$135,280 - Over	\$200
3	\$0 - \$85,319	\$0	\$85,320 - \$170,639	\$150	\$170,640 - Over	\$200
4	\$0 - \$102,999	\$0	\$103,000 - \$205,999	\$150	\$206,000 - Over	\$200
5	\$0 - \$120,679	\$0	\$120,680 - \$241,359	\$150	\$241,360 - Over	\$200
6	\$0 - \$138,359	\$0	\$138,360 - \$276,719	\$150	\$276,720 - Over	\$200

En el caso de familias más grandes que las indicadas, consulte el sitio [web del DDS](https://www.dds.ca.gov) (<https://www.dds.ca.gov>)