

## Formulario de Información del Pariente Proveedor de Cuidado Infantil Registrado

**TODOS LOS PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL REGISTRADOS DEBEN LLENAR ESTE FORMULARIO Y EL FORMULARIO W-9. TODOS LOS PROVEEDORES REGISTRADOS DEBEN TENER AL MENOS DIECIOCHO (18) AÑOS Y NO PUEDEN VIVIR EN EL HOGAR DEL MENOR O SER PADRES DEL MENOR ELEGIBLE PARA BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DEL CUIDADO INFANTIL (CCAP).**

**Nombre:**

(Ponga el nombre que usa en la declaración de impuestos o su nombre tal como aparece en su tarjeta de seguro social)

**Número de Seguro Social (SSN):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**N.º de teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Celular/Contacto de emergencia:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(El hogar donde se brindan los cuidados debe tener una línea fija o un celular en funcionamiento ininterrumpidamente)

**Dirección de la calle:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Localidad:** \_\_\_\_\_

**Código postal:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Lugar del cuidado infantil:**  En su hogar  En el hogar del menor

**Condado en el que se brinda el cuidado infantil:** \_\_\_\_\_

**Tarifa que se cobra por el cuidado infantil:**

TIPO DE CUIDADO:	(Cero – 12 meses) LACTANTE	(1 – 2.º cumpleaños) NIÑO PEQUEÑO	(2 – 3.º cumpleaños) NIÑO PEQUEÑO
<b>Jornada Parcial (PD) –</b> <i>Menos de cinco (5) hrs/día</i>	\$ _____ por día	\$ _____ por día	\$ _____ por día
<b>Jornada Completa (FD) –</b> <i>Cinco (5) o más hrs/día</i>	\$ _____ por día	\$ _____ por día	\$ _____ por día
TIPO DE CUIDADO:	(3- 4.º cumpleaños) PREESCOLAR	(4 – 5.º cumpleaños) PREESCOLAR	(5 – 6.º cumpleaños) PREESCOLAR
<b>Jornada Parcial (PD) –</b> <i>Menos de cinco (5) hrs/día</i>	\$ _____ por día	\$ _____ por día	\$ _____ por día
<b>Jornada Completa (FD) –</b> <i>Cinco (5) o más hrs/día</i>	\$ _____ por día	\$ _____ por día	\$ _____ por día

TIPO DE CUIDADO:	(6 – 8.º cumpleaños) EDAD ESCOLAR	(8 – 13.º cumpleaños) EDAD ESCOLAR	(13 – 19.º cumpleaños) EDAD ESCOLAR
<b>Jornada Parcial (PD) –</b> <i>Menos de cinco (5) hrs/día</i>	\$ _____ por día	\$ _____ por día	\$ _____ por día
<b>Jornada Completa (FD) –</b> <i>Cinco (5) o más hrs/día</i>	\$ _____ por día	\$ _____ por día	\$ _____ por día

**Las tarifas por fecha arriba mencionadas entraron en vigor el:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Mes / Día / Año)

**Favor de poner el horario de operación:**

**De lunes a viernes**

**Abre: \_\_\_\_\_ am/pm**

**Cierra: \_\_\_\_\_ am/pm**

**Sábado**

**Abre: \_\_\_\_\_ am/pm**

**Cierra: \_\_\_\_\_ am/pm**

**Domingo**

**Abre: \_\_\_\_\_ am/pm**

**Cierra: \_\_\_\_\_ am/pm**

### **Derechos y responsabilidades del proveedor**

**Para recibir pago en el marco del programa CCAP, entiendo y estoy de acuerdo en que debo:**

1. Satisfacer todos los requisitos regulatorios y estatutarios en relación con la inscripción de cuidado infantil.
2. Darle permiso al Gabinete para que verifique cualquier información necesaria para aprobar o darle continuidad a mi inscripción de cuidado infantil.
3. Preservar la confidencialidad de la información y de los expedientes relacionados con los niños y las familias, incluyendo la información y los expedientes de los niños que no reciben beneficios del CCAP.
4. Evitar el uso de cualquier forma de lenguaje abusivo y/o de abuso físico de conformidad con lo dispuesto en el 922 KAR 1:330, Servicios de protección a menores.
5. Informarle al Gabinete sobre los cambios de dirección o los cambios del tipo de proveedor (licencia, certificación o inscripción) en un plazo de diez (10) días contados desde que tuvo lugar el cambio.
6. Firme y envíe de vuelta el DCC-94, Certificado y Acuerdo de Prestación de Servicios de Cuidado Infantil en un plazo de diez (10) días contados desde la fecha de expedición. El pago no se hará hasta que se haya recibido el Acuerdo de Prestación de Servicios firmado.
7. Cobrarles a los padres de los niños que reciben beneficios del CCAP una tarifa que no sea mayor que la tarifa que se les cobra a los padres de los niños que no reciben beneficios del CCAP.
8. Notificar al Gabinete y a los padres de los niños que reciben beneficios del CCAP sobre cualquier cambio de tarifa con diez (10) días de antelación.
9. Llenar mensualmente el Formulario de Facturación del Proveedor, DCC-97 de manera correcta, pronta y acorde a las instrucciones. Estoy consciente de que, si doy información falsa o encubro información, puedo ser objeto de enjuiciamiento por fraude. El personal del CCAP no hará pagos ni aceptará solicitudes de ajuste más de noventa (90) días después del mes en que se brindaron los servicios pertinentes. Una vez que se haya procesado el Formulario de Facturación del Proveedor, el personal del CCAP tiene el derecho de revisar y verificar que el formulario y el pago estén correctos. Si se detecta algún pago que esté por encima o por debajo de la cantidad debida, se le habrán de realizar ajustes al(a los) pago(s) del CCAP. Retribuiré todo dinero que reciba por error, incluso si el error no fue culpa mía.
10. Evitar recibir pago por cualquier niño participante en el CCAP que resida en el mismo hogar que yo.
11. Evitar recibir pago por cuidar a mis propios niños y tener presente que mis niños no son elegibles para beneficios del CCAP mientras yo esté cuidando a otros niños.
12. Comprometerme a no cuidar más de seis (6) niños que estén emparentados conmigo. Estoy consciente de que la cantidad máxima de niños que puedo cuidar en el horario de operación es ocho (8), y en esta cantidad están incluidos mis propios niños y los demás niños que estén emparentados conmigo. Estar emparentado significa el tener alguno de los parentescos siguientes con el pariente proveedor registrado: nieto, bisnieto, sobrino o hermano si el pariente proveedor registrado vive en un domicilio aparte.
13. Evitar dar cualquier parte del pago del CCAP a un empleado del Gabinete a manera de sueldo, compensación o regalo a cambio de que esa persona me sirva de funcionario, agencia, empleado

subcontratista o asesor.

14. Llenar el Formulario W-9, Solicitud de Número de Identificación del Contribuyente y Certificación y enviárselo al Gabinete. **Estoy consciente de que no soy empleado ni contratista del Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia. Puedo ser susceptible de impuestos federales, estatales y locales, así como de otros requisitos.**

Si proporciono servicios en el hogar del menor, la ley federal (la Ley de Normas Y Prácticas Laborales Justas (FLSA) (29 U.S.C. Sección 206(a)) me considera un trabajador del servicio doméstico empleado por los padres del menor y por ende amparado por las leyes de salario mínimo. **Si tengo dudas sobre mi estatus o de cómo cualquiera de los pagos que el Gabinete me ha hecho en representación de los padres repercute en mis impuestos, habré de contactar a un asesor fiscal, al Gabinete de Recaudación Pública de Kentucky (Kentucky State Revenue Cabinet) o al Servicio de Impuestos Domésticos (Internal Revenue Service).**

**Motivos por los cuales los pagos del CCAP se pueden terminar:**

1. Estoy consciente de que pueden retener o ponerles fin a los pagos del CCAP tras notificarlo con treinta (30) días de antelación debido a insuficiencia o a ausencia de financiación.
2. Estoy consciente de que pueden retener o ponerles fin a los pagos del CCAP tras notificarlo con diez (10) días de antelación debido a un incumplimiento por parte del proveedor de los términos del acuerdo, o debido a su incumplimiento de las regulaciones pertinentes, o a la comisión por parte del proveedor de un acto intencional de fraude o de una violación de cualquiera de las disposiciones de este acuerdo.
3. Todo lo acordado en materia de cuidado infantil y todos los pagos del CCAP podrán cancelarse de inmediato si el Gabinete inicia una investigación de Servicios de Protección a Menores que me implique a mí o a algún integrante de mi familia y el Gabinete determina que no he satisfecho las inquietudes del Gabinete en materia de seguridad evitando más contacto entre la persona que es objeto de la investigación y el(los) niño(s) que atiendo.

**Entiendo y estoy de acuerdo con todos los requisitos incluidos en este formulario de información del proveedor.**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:** \_\_\_\_\_

Para recibir pago como parte del programa CCAP, debe llenar, firmar y enviar de vuelta este formulario y el Formulario W-9, Solicitud de Número de Identificación del Contribuyente y Certificación a la dirección que aparece más abajo. Dichos formularios se deben actualizar y volverse a enviar al Gabinete o a su trabajador designado del CCAP si se produce algún cambio. Conserve una copia como constancia.

