COMMONWEALTH OF KENTUCKY
Cabinet for Health and Family Services
Department for Community Based Services
Division of Child Care

Formulario de acuerdo del proveedor con licencia o certificado

ESTE FORMULARIO Y EL FORMULARIO W-9 TIENEN QUE SER LLENADOS POR CADA PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL QUE RECIBE PAGO BAJO EL PROGRAMA DE AYUDA PARA EL CUIDADO INFANTIL (CCAP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS).

NOTA: SI SE PROVEE CUIDADO INFANTIL EN MÁS DE UN (1) LUGAR, EL PROVEEDOR TIENE QUE LLENAR POR SEPARADO UN FORMULARIO DE DATOS, LA DECLARACIÓN DE LAS TARIFAS DEL PROVEEDOR Y EL FORMULARIO W-9 PARA CADA LUGAR.

Nombre del proveedor con licencia o certificado: _____
(Si opera un centro de cuidado infantil con licencia o un hogar familiar certificado para el cuidado infantil, escriba el nombre que aparece en su licencia o certificado de operación. El nombre registrado en la licencia o certificado tiene que ser igual al nombre que se usa en las declaraciones de impuestos o el nombre como aparece en su tarjeta de seguro social.)

Indique la categoría tributaria de su empresa:

☐ A. Individual ☐ B. Propietario único ☐ C. Sociedad colectiva ☐ D. Compañía con Responsabilidad Limitada
☐ E. Sociedad anónima ☐ F. Sociedad de servicio público (PSC) ☐ G. Gobierno/Sin fines de lucro

Si su categoría tributaria es:

- **Individual -** Escriba su Número de Seguro Social (SSN) como aparece en su tarjeta de Seguro Social.
- **Propietario único -** Escriba su SSN o el Número de Identificación Patronal Federal (FEIN), seguido por su nombre y "negociando bajo el nombre de (DBA)." Después de DBA, escriba el nombre de su empresa.
- **Sociedad colectiva -** Escriba su FEIN o el SSN de usted o uno de sus socios. Si se escribe un SSN, también escriba el nombre del titular del SSN como aparece en la tarjeta de Seguro Social.
- **Compañía con responsabilidad limitada -** Escriba su FEIN
- **Sociedad anónima, Sociedad de servicio público, Gobierno/Sin fines de lucro -** Escriba su FEIN.

(FEIN) o (SSN): _____
(Escriba el Número de Identificación Patronal Federal (FEIN) o Número de Seguro Social (SSN) que usa en las declaraciones de impuestos)

Todos los proveedores son responsables de obtener los números de identificación correctos de los contribuyentes (TIN) para el formulario W-9. Para los individuos, esto significa su SSN. Los proveedores son además responsables de mantener adecuadamente los registros en caso de una investigación del Servicio de Impuestos Internos (IRS) y para el propósito de asegurar el informe correcto del formulario 1099.

Número de la licencia o certificado _____ Fecha de vencimiento_____ Número de teléfono (____)_____

Dirección del lugar_____ Ciudad/pueblo _____ Código postal _____

Condado _____ Estado _____

Dirección postal_____

Director/dueño_____

Nombre de soltera de la titular de la licencia o de la proveedora certificada _____

Fecha de nacimiento del titular de la licencia o del proveedor certificado _____

Nombre del Proveedor_____
Número CLR_____

Tarifa que se cobra por el cuidado infantil:

TIPO DE CUIDADO:	(Nacimiento – 12 meses) BEBÉ	(1 – 2.º cumpleaños) NIÑO	(2 – 3.er cumpleaños) NIÑO
Día Completo (FD) – *Cinco (5) o más horas/día*	$ _____ por día	$ _____ por día	$ _____ por día
Día Parcial (PD) – *Menos de cinco (5) horas/día*	$ _____ por día	$ _____ por día	$ _____ por día

TIPO DE CUIDADO:	(3 – 4.º cumpleaños) PREESCOLAR	(4 – 5.º cumpleaños) PREESCOLAR	(5 – 6.º cumpleaños) PREESCOLAR
Día Completo (FD) – *Cinco (5) o más horas/día*	$ _____ por día	$ _____ por día	$ _____ por día
Día Parcial (PD) – *Menos de cinco (5) horas/día*	$ _____ por día	$ _____ por día	$ _____ por día

TIPO DE CUIDADO:	(6 – 8.º cumpleaños) EDAD ESCOLAR	(8 – 13.er cumpleaños) EDAD ESCOLAR	(13 – 19.º cumpleaños) EDAD ESCOLAR
Día Completo (FD) – *Cinco (5) o más horas/día*	$ _____ por día	$ _____ por día	$ _____ por día
Día Parcial (PD) – *Menos de cinco (5) horas/día*	$ _____ por día	$ _____ por día	$ _____ por día

Fecha en que las tarifas escritas arriba entraron en vigor: _____/_____/_____(Mes / Día / Año)

Reciben servicios los niños con necesidades especiales: ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Este lugar está acreditado? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si responde sí, el nombre de la organización que acredita _____

¿Cobra una cuota de inscripción? ☐ **Sí** ☐ **No**
Si responde sí, ¿con qué frecuencia se cobra la cuota? ☐ **Anualmente** ☐ **Una vez** ☐ **Sesión de verano**
¿Cuánto es la cuota de inscripción? $_____
¿Es la cuota: ☐ **Por familia o** ☐ **Por niño?**

Favor de escribir las horas de operación:			
	De lunes a viernes	**Abre:_____am/pm**	**Cierra_____am/pm**
	Sábados	**Abre:_____am/pm**	**Cierra_____am/pm**
	Domingos	**Abre:_____am/pm**	**Cierra_____am/pm**

Marque el tipo de proveedor que corresponde:
☐ Centro (con Licencia Tipo I) ☐ Hogar de Grupo (con Licencia Tipo II) ☐ Hogar Familiar Certificado para el Cuidado Infantil

Nombre del Proveedor_____
Número CLR_____

Derechos y responsabilidades del proveedor

Para recibir pagos bajo el programa de CCAP, entiendo y estoy de acuerdo que tengo que:

1. Cumplir con todos los requisitos reglamentarios y legales relacionados con el tipo de cuidado infantil que proporciono (Licencia o Certificación) según se enumera debajo, y que pueden encontrarse en http://lrc.ky.gov/kar/title922.htm
   922 KAR 2: 020 Programa de ayuda con el cuidado infantil (CCAP) pagos inadecuados, reclamos, y sanciones
   922 KAR 2: 090 Licencia del centro de cuidado infantil
   922 KAR 2: 100 Hogar familiar certificado para el cuidado infantil
   922 KAR 2: 110 Requisitos del proveedor de un centro de cuidado infantil
   922 KAR 2: 120 Normas de seguridad y salud del centro de cuidado infantil
   922 KAR 2: 160 Programa de ayuda para el cuidado infantil
2. Dar permiso para que el Gabinete o los empleados de CCAP locales verifiquen cualquier información necesaria.
3. Mantener la capacidad para no más del número de niños y adultos aprobado por el jefe de bomberos en cualquier momento del día.
4. Mantener de manera confidencial la información y los registros respecto a niños y familias, incluyendo la información y los registros de los niños que no reciben beneficios CCAP.
5. No usar ninguna forma de lenguaje abusivo y/o disciplina física corporal, incluyendo dar palmadas, sacudir, golpear o usar objetos para castigar.
6. Informar a los empleados de CCAP de la inauguración de un lugar nuevo, un cambio de dirección, un cambio de propietario, una acción negativa o un cambio en el tipo de proveedor (licencia, certificación o registro) en un plazo de cinco (5) días a partir del cambio.
7. No cobrarle a los padres de niños que reciben beneficios CCAP más de la tarifa que se cobra a los padres de niños que no reciben beneficios CCAP.
8. Notificar a los empleados de CCAP y a los padres de niños que reciben beneficios CCAP acerca de cualquier cambio en las tarifas diez (10) días antes de hacer el cambio.
9. No cobrar a los padres de niños que reciben beneficios CCAP por ningún día en que el centro está cerrado si el proveedor no cobra a los padres de niños que no reciben beneficios CCAP.
10. Recaudar regularmente los honorarios diarios de copagos familiares. Si no se ha pagado el copago a tiempo, llamaré al cliente para que se establezca un plan de pago y poner al día los copagos.
11. No permitir que un empleado que recibe beneficios de CCAP le proporcione cuidado directamente a su propio niño.

FACTURACIÓN Y PAGOS DE CCAP

12. Firmar y devolver el formulario DCC-94, Certificado y Acuerdo de Servicio para el Cuidado Infantil, en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha en que fue emitido. No se harán pagos hasta que el Acuerdo de Servicio hasta que se haya recibido.
13. Llenar un Formulario W-9, Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente, y entregarlo a los empleados de CCAP. Entiendo que no soy empleado ni contratista del Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia ni de la agencia de CCAP. Puedo estar sujeto a la obligación de pagar impuestos federales, estatales y locales y otros requisitos. Si proveo servicios en el hogar del niño, la ley federal (la Ley de Normas Laborales Justas (FLSA, por sus siglas en inglés) (29 U.S.C. Sección 206(a)) considera que yo soy trabajador de servicio doméstico empleado por el padre y por lo tanto las leyes del salario mínimo me cubren. Si tengo preguntas con respecto a mi estatus o la implicación tributaria de cualquier pago hecho a mí en nombre de un padre por el Gabinete, debo comunicarme con un profesional de los impuestos, el Gabinete de Impuestos del Estado de Kentucky o el Servicio de Impuestos Internos.
14. Ser reembolsado por el Gabinete por los días feriados estatales o federales durante los cuales el proveedor está cerrado solamente si el proveedor le cobra a los padres de niños que no reciben beneficios de CCAP. No se harán pagos de CCAP a un proveedor con licencia o certificado por más de diez días festivos en un año de calendario.
15. No dar ninguna parte del pago de CCAP a ningún empleado del Gabinete ni a los Empleados de CCAP como salarios, compensación o regalos a cambio de actuar como oficial, agente, empleado, subcontratista o consultor para mí.
16. No recibir pago de CCAP para ningún niño que cuido que reside en el mismo hogar que yo.
17. Entiendo que si opero un centro de cuidado infantil en mi hogar, mis hijos no son elegibles para beneficios de CCAP durante el tiempo en que cuido a otro(s) niño(s).
18. Devolver rápidamente cualquier pago de cuidado infantil que he recibido pero que no tenía derecho de recibir.
19. Asegurar que los pagos de CCAP sean hechos únicamente al centro aprobado para el cuidado. Cuando un centro cierra, el centro no puede trasladar a los niños a otro centro y esperar que se le pague.
20. Mantener registro de pagos por un período de cinco (5) años. Esto incluye el DCC-94E, Registro Diario de Asistencia al Cuidado Infantil.
21. No ser pagado por las solicitudes de pago o solicitudes de ajuste noventa (90) días o más después del mes de servicio.
22. No dar información falsa ni ocultar información porque estaré sujeto a la descalificación del CCAP o procesado judicialmente por fraude.

Nombre del Proveedor_____
Número CLR_____

23. Se me exigirá devolver cualquier pago excesivo y el pago excesivo puede ser presentado como una infracción intencional del programa de acuerdo con 922 KAR 2:020 si yo o el personal que actúa en nombre del centro u hogar de cuidado infantil no factura correctamente de acuerdo con 922 KAR 2:160.
24. Ser inspeccionado después de que se haya procesado y pagado un formulario mensual DCC-97, Formulario de Facturación del Proveedor. El personal de CCAP tiene el derecho de revisar y verificar la exactitud del formulario y del pago. El pago(s) de CCAP será(n) ajustado(s) si se identifica un pago excesivo o insuficiente. Yo devolveré cualquier dinero que reciba por error, incluso si el error no es culpa mía.

FORMULARIO DE DCC-94E, REGISTRO DIARIO DE ASISTENCIA AL CUIDADO INFANTIL

25. Mantener el formulario DCC-94E, Registro Diario de Asistencia al Cuidado Infantil, en el cual se registra diariamente el horario de llegada y salida de cada niño. El nombre del niño tiene que ser legible y tiene que escribirse de la misma forma en que aparece en el DCC-97, Formulario de Facturación del Proveedor.
26. Firmar el DCC-94E o un empleado que actúa en mi nombre tiene que firmar el DCC-94E al finalizar cada semana. Yo tengo que garantizar que el cliente o la persona designada no firme el DCC-94E antes de que finalice el cuidado en una semana determinada.
27. No recibir pago por días o semanas durante la cual no se ha firmado la entrada y salida de un niño(s) en el DCC-94E. Si yo o la persona que actúa en nombre de mi centro u hogar no garantiza diariamente las iniciales correspondientes y la firma semanal del cliente, cualquier pago recibido será recuperado.
28. No ser pagado por cualquier ausencia o día festivo de un niño que no tiene asistencia durante un mes de calendario.
29. Presentar las hojas del DCC-94E a petición del Gabinete o su designado.
30. Completar el DCC-97 mensual, Formulario de Facturación del Proveedor, con exactitud, rapidez y de acuerdo con las instrucciones.
31. Completar el DCC-97, Formulario de Facturación del Proveedor, como se documenta en el DCC-94E, Registro Diario de Asistencia al Cuidado Infantil.
32. Completar las capacitaciones aprobadas por el Gabinete sobre facturación y DCC-94E.

Razones por las cuales los pagos de CCAP podrían terminar:

1. Entiendo que los pagos de CCAP pueden ser retenidos o suspendidos:
   - Después de treinta (30) días de aviso debido a una escasez o falta de fondos;
   - Después de diez (10) días de aviso debido a la falta de cumplimiento por parte del proveedor con los términos de este acuerdo o por infracción del 922 KAR 2:020, 2:090, 2:100, 2:110, 2:120, 2:160, 2:180, o 2:190;
   - Después del aviso de la Oficina del Inspector General, División de Cuidado Infantil Regulado, de que la falta de cumplimiento con las estipulaciones de los reglamentos administrativos pertinentes ha causado que mi licencia o certificación sea suspendida o revocada;
   - Cuando no estoy en buenos términos con el Gabinete; o
   - Mientras una descalificación ha sido impuesta en mi contra por fraude conforme a 922 KAR 2:020.
2. Arreglos de cuidado infantil y todos los pagos de CCAP pueden ser suspendidos inmediatamente si el Gabinete inicia una investigación del Servicio de Protección a Menores que me involucra a mí o a un miembro de mi familia, y el Gabinete determina que no está satisfecho con respecto a sus preocupaciones de seguridad porque no he impedido el contacto adicional entre el sujeto de la investigación y el/los niño(s) a quien(es) sirvo.

Entiendo y estoy de acuerdo con todos los requisitos incluidos en este formulario de Acuerdo del Proveedor. También entiendo y estoy de acuerdo con seguir todos los requisitos del 922 KAR 2:160.

_____ **FECHA** _____

FIRMA del proveedor con licencia o certificación

"Proveedor con licencia" según lo define 922 KAR 2:090, es un propietario o quien opera un centro para el cuidado infantil que incluye al propietario único, corporación, sociedad con responsabilidad limitada, sociedad, asociación u organización.

ESCRIBA CLARAMENTE SU NOMBRE Y TÍTULO _____

Para recibir pago bajo el CCAP, usted tiene que llenar, firmar y devolver este formulario y el Formulario W-9 a la dirección que aparece abajo. Estos formularios tienen que ser actualizados anualmente, y si ocurre algún cambio son entregados de nuevo a los Empleados de CCAP. Guarde una copia para sus archivos.

Personal de CCAP: _____

Dirección: _____ **Teléfono: (_____)**_____ **FAX: (_____)**_____