

Formulario de Datos del Proveedor de Cuidado Infantil Registrado

ESTE FORMULARIO Y EL FORMULARIO W-9 TIENEN QUE SER LLENADOS POR CADA PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL REGISTRADO. TODOS LOS PROVEEDORES REGISTRADOS TIENEN QUE TENER POR LO MENOS DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD Y NO PUEDEN VIVIR EN EL HOGAR DEL NIÑO NI PUEDEN SER PADRE DEL NIÑO ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE AYUDA PARA EL CUIDADO INFANTIL (CCAP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS).

Nombre: _____
(Escriba el nombre que usa en las declaraciones de impuestos o escriba su nombre como aparece en su tarjeta de seguro social)

Número de Seguro Social (SSN): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Teléfono: (_____) _____ **Celular/contacto de emergencia:** (_____) _____
(Es obligatorio tener un teléfono fijo o teléfono celular que opere continuamente en el hogar donde se provee cuidado)

Dirección: _____ **Ciudad/Pueblo:** _____

Código postal: _____ **Condado:** _____ **Estado:** _____

Dirección postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Lugar del cuidado infantil: En su hogar En el hogar del niño

Condado en donde se provee el cuidado infantil: _____

Tarifa cobrada para el cuidado infantil:

TIPO DE CUIDADO:	(Nacimiento – 12 meses) LACTANTE	(1 – 2.º cumpleaños) NIÑO	(2 – 3.º cumpleaños) NIÑO
-------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------------

Día parcial (PD) – <i>Menos de cinco (5) horas/día</i>	\$ _____ por día	\$ _____ por día	\$ _____ por día
--	------------------	------------------	------------------

Día Completo (FD) – <i>Cinco (5) o más horas/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
-------------------------	--	--	--

Día parcial (PD) – <i>Menos de cinco (5) horas/día</i>	\$ _____ por día	\$ _____ por día	\$ _____ por día
--	------------------	------------------	------------------

Día Completo (FD) – <i>Cinco (5) o más horas/día</i>	\$ _____ por día	\$ _____ por día	\$ _____ por día
--	------------------	------------------	------------------

Nombre del proveedor _____
Número de ID _____

14. Llenaré un formulario W-9, Solicitud y certificación del número de identificación del contribuyente, y lo entregaré al Gabinete. **Entiendo que no soy empleado ni contratista del Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia. Puedo estar sujeto a 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 soy trabajador de servicio doméstico empleado por el padre y por lo tanto cubierto bajo las leyes del salario mínimo. **Si tengo preguntas respecto a mi estado 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 Tributario del Estado de Kentucky o el Servicio de Impuestos Internos.**
15. Presentaré un plan por escrito sobre la evacuación como se especifica en el reglamento 922 KAR 2:180, acordaré mantenerlo en mis archivos, y seguiré el plan en caso de una emergencia.

Razones por las cuales los pagos del CCAP podrían cesar:

1. Entiendo que los pagos del CCAP pueden ser retenidos o suspendidos con un aviso previo de treinta (30) días debido a una escasez o falta de fondos.
2. Entiendo que los pagos del CCAP pueden ser retenidos o suspendidos con un aviso previo de diez (10) días debido al fallo por parte del proveedor en cumplir adecuadamente con los términos de este acuerdo o cumplir con los reglamentos aplicables o por cometer un acto fraudulento intencional o una infracción por parte del proveedor de cualquiera de las estipulaciones de este acuerdo.
3. Los acuerdos de cuidado infantil y todos los pagos del 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 he respondido a las inquietudes del Gabinete acerca de la seguridad al no impedir contacto adicional entre el sujeto de la investigación y el/los niños(s) a quien(es) atiendo.

Entiendo y estoy de acuerdo con todos los requisitos incluidos en este formulario de Datos del Proveedor.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

ESCRIBA SU NOMBRE CLARAMENTE: _____

Para recibir pago bajo el CCAP, usted tiene que llenar, firmar y devolver este formulario y el Formulario W-9, Solicitud y certificación del número de identificación del contribuyente a la dirección abajo. Estos formularios tienen que ser actualizados y entregados de nuevo al Gabinete o a sus empleados del CCAP designados si ocurre algún cambio. Guarde una copia para sus archivos.