



If you would like to receive this form in English, please call 1-888-214-5437.

# Vacaciones Escolares

## Formulario del Acuerdo entre Padre y Proveedor

Este formulario nos dice sobre su arreglo del cuidado del niño/a(s).

Esto es lo que tiene que hacer:

**Paso 1:** Este formulario debe ser completado por el padre Y el proveedor del cuidado de niño. Asegúrese de poner el nombre del padre en la parte superior de cada página. Si el padre ya tiene un **Numero de Identificación de Familia** con Care 4 Kids, también escriba el número de identificación.

- **Padres** – Complete las Secciones 1 y 5. Asegúrese de revisar toda la información del formulario antes de firmarlo.
- **Proveedores de Cuidado de Niño(s)** – Complete las Secciones 2, 3 y 4. (La Sección 3 tiene espacio para listar dos niños. Si cuida a más de dos niños, por favor utilice el espacio adicional en la página 5. Si no necesita usar la página 5, favor descartarla).
- Si usted es un Proveedor sin Licencia, complete también la Sección 2B.
- Si usted está a cargo de una Guardería o un Campamento Licenciado por el Departamento de Salud Pública (DPH) o un programa Escolar o un programa Municipal exento de ser Licenciado, complete también la Sección 2A.

**Paso 2:** Revise el formulario completado con el padre. Asegúrese que todas las secciones hayan sido completadas y que la información esté correcta. Responda a todas las preguntas de Si o No marcando la caja apropiada. Una vez que haya revisado el formulario, El **Proveedor** tiene que firmar y fechar la Sección 4. El **Padre** tiene que firmar y fechar la Sección 5.

**Formularios incompletos quizás no sean aceptados y demorarán el proceso.**

**Paso 3:** La ley requiere que reportemos todos los pagos al Departamento Interno de Servicio de Impuestos (IRS) con el propósito de reportar los ingresos de impuestos. Si usted es un nuevo Proveedor de Cuidado de Niños con Care 4 Kids, tiene que proporcionar su número de Seguro Social o número de FEIN y completar un formulario de W-9 del IRS. Si ya nos ha enviado un W-9, no tiene que completar otro formulario a no ser que su información haya cambiado. El programa de Care 4 Kids no retiene impuestos de ingreso. Los proveedores son responsables de pagar impuestos al IRS y al Estado de Connecticut.

Para recibir formularios por correo, llame al 1-888-214-5437 u obténgalos de nuestra página web: [www.ctcare4kids.com](http://www.ctcare4kids.com)

Para información sobre cómo completar la declaración de impuestos de ingreso, llame u obtenga la información en <http://www.irs.gov>

**Paso 4:** Envíe por correo el formulario completo a **Care 4 Kids, 1344 Silas Deane Hwy, Rocky Hill, CT 06067-1339** o por fax **1-877-868-0871**.

### Sección 1: Información de Identificación del Padre

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Número de Identificación Familiar de C4K: \_\_\_\_\_

Apellido, Nombre, Inicial (*Por favor imprima*)

Dirección del Padre \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

#### ¿Cual es la razón para presentar este formulario?

- Parte de mi Solicitud o Redeterminación  Reportando Cambios o Nuevo(a) Proveedor(a)

### Sección 2: Información del Proveedor de Cuidado de Niños

#### ¿Qué tipo de proveedor es usted?

- Centro licenciado de Cuidado de Niños
- Hogar licenciado de Cuidado en Grupo
- Hogar Licenciado de Cuidado Familiar
- Campamento Licenciado de Cuidado de Verano
- Programa administrado por la Escuela exento de licencia (Verificación de exención requerida)
- Proveedor de Programa de Recreación
- Individuo sin Licencia (Familia o Proveedor en el hogar)
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

#### ¿Está usted acreditado por cualquiera de las siguientes? (*SI, Indique*)

- Junta de Acreditación
- Asociación Nacional Después de Escuela
- Asociación Nacional para la Educación de Niños pequeños
- Asociación Nacional para Cuidado de Familia
- Asociación de Escuelas y Colegios de New England
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

## ► Sección 2A: Proveedores Licenciados, Escuelas y Programas de Campamento

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social o Identificación de Impuesto Federal: \_\_\_\_\_

Dirección de su Hogar o Negocio \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Su Número de Teléfono \_\_\_\_\_ # de Identificación de Proveedor de C4K \_\_\_\_\_ # de Licencia de DPH \_\_\_\_\_

Por favor indique la dirección donde quisiera recibir sus notificaciones y cheques si es diferente a la dirección del negocio:

Notificaciones/Facturas \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Cheques/Pagos \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

## ► Sección 2B: Proveedores En Casa o que son Parientes (Tiene que responder todas las preguntas) Tiene que ser un familiar cercano para proveer cuidado en su casa. Familiar cercano significa que el niño/a es su nieto/a, bisnieto/a, hermano/a, sobrino/a, o hijo/a de su sobrino/a, primo/a, primo/a segundo, o tía o tío. Si no es un familiar cercano, tiene que tener licencia del Departamento de Salud Pública para proveer cuidado en su casa.

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social o de Identificación de Impuesto Federal \_\_\_\_\_

Dirección de su Hogar \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Su Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de identificación de Proveedor de C4K \_\_\_\_\_

¿Cuál es su Fecha de Nacimiento? \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

¿Cuál es el número máximo de niños en su cuidado a la misma vez en cualquier día, incluyendo los suyos? \_\_\_\_\_

¿Cuántos de estos niños son menores de 2 años, incluyendo los suyos? \_\_\_\_\_

¿Trabaja por cuenta propia o tiene otro empleo?  Si  No

Nombre, Dirección y Número de teléfono de su Empleo: \_\_\_\_\_

**Use esta tabla para indicar las horas y días que normalmente trabaja en su otro empleo (marque con un círculo AM o PM)**

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
HASTA	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM

¿Dónde provee cuidado de los niños listados en este formulario?  Hogar del Niño/a  Hogar del Proveedor  Otro

¿Hay un teléfono en servicio en este domicilio?  Si  No Número de teléfono y código de área: \_\_\_\_\_

¿Es este un teléfono celular?  Si  No Si ha respondido Si, el nombre de la persona a quien pertenece este celular: \_\_\_\_\_

***Si usa un celular, el teléfono tiene que estar en su nombre o tiene que ser parte de un plan familiar con líneas múltiples.***

¿Hay un detector de fuego que funcione?  Si  No ¿Tiene acceso inmediato a un extinguidor de fuego?  Si  No

¿Está usted bajo investigación por abuso o negligencia de niños o tiene antecedentes penales de abuso o negligencia de niños en el estado de Connecticut o algún otro estado?  Si  No

¿Está usted bajo detención o tiene una orden de detención pendiente o una acusación criminal contra usted pendiente?  Si  No ¿De qué crimen fue usted acusado, cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted alguna vez condenado por cualquiera de los delitos listados en la tabla siguiente?  Si  No

- Abandono, daño o riesgo de daño a un menor
- Crímenes involucrando una arma, explosivos o una arma de fuego
- Crueldad a personas o animales, acecho, obscenidad, indecencia pública o poner en peligro imprudentemente, incendio premeditado, robo, o invasión de un hogar
- Delitos sexuales incluyendo asalto sexual, violación, prostitución, pornografía de niños y otros delitos sexuales relacionados
- Uso de fuerza contra otra persona incluyendo asesinato, asalto, homicidio, secuestro, restricción ilegal
- Venta, fabricación o posesión de narcóticos u otras drogas ilegales o sustancias controladas

**Nota: Todos los Proveedores sin licencia están sujetos a comprobación de abuso de niños, negligencia, o de cargo criminal.**

**► Sección 3: Niños en su Cuidado (Complete la información para cada niño que necesita asistencia de Care 4 Kids)**

**NIÑO 1** – Nombre Completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Cuidado de Vacaciones:** Fecha Que Comienza: \_\_\_\_\_ Fecha Que Termina: \_\_\_\_\_ Cargo Semanal \$: \_\_\_\_\_

**Proveedores Licenciados:** ¿Recibe financiamiento para este niño/a de cualquier otra fuente? Marque todas las que apliquen:

- School Readiness     State Head Start     Federal Head Start     DSS CDC     DSS BAS

**Familiares o proveedores en casa:** ¿Está usted relacionado con este niño/a?  Si  No Si está relacionado, especifique su relación debajo:

- Abuelo/a o Bisabuelo/a     Tío/a     Hermano/a     Sobrino/a     Primo/a o Segundo Primo/a    Otro: \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO: Indique el tiempo que el niño/a está bajo su cuidado (Indique AM o PM)**

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
HASTA	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
DE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
HASTA	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM

¿Es el horario igual cada semana?  Si  No Si respondió NO, explique cómo varía el horario: \_\_\_\_\_

**NIÑO 2** – Nombre Completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Cuidado de Vacaciones:** Fecha Que Comienza: \_\_\_\_\_ Fecha Que Termina: \_\_\_\_\_ Cargo Semanal \$: \_\_\_\_\_

**Proveedores Licenciados:** ¿Recibe financiamiento para este niño/a de cualquier otra fuente? Marque todas las que apliquen:

- School Readiness     State Head Start     Federal Head Start     DSS CDC     DSS BAS

**Familiares o proveedores en casa:** ¿Está usted relacionado con este niño/a?  Si  No Si está relacionado, especifique su relación debajo:

- Abuelo/a o Bisabuelo/a     Tío/a     Hermano/a     Sobrino/a     Primo/a o Segundo Primo/a    Otro: \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO: Indique el tiempo que el niño/a está bajo su cuidado (Indique AM o PM)**

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
HASTA	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
DE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
HASTA	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM

¿Es el horario igual cada semana?  Si  No Si respondió NO, explique cómo varía el horario: \_\_\_\_\_

► **Sección 4: Certificación Del Proveedor: (Tiene que ser Completado por el Proveedor del Cuidado del Niño/a)**

**Con lo mejor de mi conocimiento yo certifico que:**

- 1) Yo soy el individuo o programa que provee cuidado a los niños listados en este formulario. Tengo por lo menos 18 años de edad y soy capaz de proveer cuidado seguro y competente. No tengo discapacidad, debilitación o problema de salud que me impida proveer cuidado a los niños.
- 2) El cuidado será proveído en el lugar indicado en el formulario. Yo soy responsable de reportar cambios en las horas de cuidado, en la cantidad que cobro por mis servicios, si el niño/a deja de atender el cuidado y cambia de lugar donde el cuidado es proveído. También debo informar a Care 4 Kids de cualquier cambio en mi record criminal o historia de abuso o negligencia de niños. Los cambios tienen que ser reportados por teléfono o por escrito para la fecha de la primera factura que es enviada a Care 4 Kids después del cambio.
- 3) Por cada niño/a en mi cuidado, tengo el nombre del médico primario del niño/a y la compañía de seguro médico, y prueba de que cada niño/a está al día con sus inmunizaciones y sus exámenes de salud.
- 4) Yo entiendo y estoy de acuerdo que el Departamento de Servicios Sociales y Care 4 Kids pueden verificar independientemente la información indicada en este formulario sin autorización previa incluyendo chequeo de antecedentes criminales o abuso o negligencia a niños.
- 5) Yo entiendo que este acuerdo es entre el Padre y el Proveedor. No es un contrato con Care 4 Kids o el Estado de Connecticut, ni Care 4 Kids ni el estado de Connecticut me emplea.
- 6) Puede ser que Care 4 Kids no cubra totalmente mis cargos. El padre es responsable por cualquier cargo que no sea pagado por Care 4 Kids.
- 7) Puedo ser requerido a rembolsar beneficios que me fueron pagados en error. También puedo ser sometido a cargos criminales o civiles si omito algo con conocimiento, tergiverso o falsifico información a Care 4 Kids o si no reporto cambios de manera oportuna que afecten pagos o mi elegibilidad para este programa. Puedo ser responsable por todas las sanciones asociadas con crímenes, incluyendo pero no limitado a robo por fraude a la comunidad pública, conspiración a cometer robo por fraude a la comunidad pública, fraude de vendedor, falsificación, declaraciones falsas y otros crímenes relacionados conforme al Título 53a de los Estatutos Generales de Connecticut.
- 8) Tengo que enviar una factura completa para recibir pago. Las facturas me serán enviadas cuando el pago sea aprobado y después serán enviadas mensualmente. Tendré **120 Días** para enviar de vuelta la factura completada para recibir pago.
- 9) Para ser elegible para pagos, yo cooperaré con el Departamento de Servicios Sociales y sus designados programas de audiencias y actividades de prevención de fraude incluyendo cualquier visita a mi domicilio, al local del cuidado del niño o lugar de empleo.
- 10) He leído y entiendo la información contenida en este formulario y certifico que toda la información que he proveído es verdadera y correcta con lo mejor de mi conocimiento.

Nombre del Proveedor (*por favor imprima*) \_\_\_\_\_

Firma Del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo (Si el proveedor firma con una "X") \_\_\_\_\_

► **Sección 5: Certificación Del Padre: (Tiene que ser Completado por el Padre)**

**Yo certifico que:**

- 1) Yo he escogido al proveedor identificado arriba para cuidar a mi niño/a(s) mientras yo trabajo o atiendo una actividad aprobada.
- 2) Yo reportaré cualquier cambio en los arreglos del cuidado del niño, ingresos, actividad, personas que viven en mi hogar o mi dirección residencial a Care 4 Kids dentro de los 10 días del cambio.
- 3) Yo soy responsable de pagar al proveedor cualquier costo que no sea cubierto por Care 4 Kids.
- 4) Yo entiendo y estoy de acuerdo que Care 4 Kids pueda contactar al proveedor listado arriba y que el proveedor pueda contactarse con Care 4 Kids sobre mi elegibilidad y mi cantidad de pagos.
- 5) Puedo ser requerido a rembolsar beneficios que fueron pagados en error de mi parte, también puedo ser sujeto a cargos criminales o civiles si omito información con conocimiento, tergiverso o falsifico información a Care 4 Kids o si no reporto cambios de manera oportuna que afecten pagos o mi elegibilidad para este programa. Puedo ser responsable por todas las sanciones asociadas con crímenes, incluyendo pero no limitado a robo por defraude a la comunidad pública, conspiración a cometer robo por fraude a la comunidad pública, fraude de vendedor, falsificación, declaraciones falsas y otros crímenes relacionados conforme al Título 53a de los Estatutos Generales de Connecticut.

Nombre del Padre (*por favor imprima*) \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### ► Sección 3 Suplemento Adicional para Cada Niño en su Cuidado

Use Esta Pagina Si La Familia Tiene Mas de Dos Niño/as En Su Cuidado

**NIÑO 3**– Nombre Completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Cuidado de Vacaciones: Fecha Que Comienza: \_\_\_\_\_ Fecha Que Termina: \_\_\_\_\_ Cargo Semanal \$: \_\_\_\_\_

**Proveedores Licenciados:** ¿Recibe financiamiento para este niño/a de cualquier otra fuente? Marque todas las que apliquen:

- School Readiness     State Head Start     Federal Head Start     DSS CDC     DSS BAS

**Familiares o proveedores en casa:** ¿Está usted relacionado con este niño/a?  Si  No Si está relacionado, especifique su relación debajo:

- Abuelo/a o Bisabuelo/a     Tío/a     Hermano/a     Sobrino/a     Primo/a o Segundo Primo/a    Otro: \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO:** Indique el tiempo que el niño/a está bajo su cuidado (Indique AM o PM)

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
HASTA	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
DE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
HASTA	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM

¿Es el horario igual cada semana?  Si  No Si respondió NO, explique cómo varía el horario: \_\_\_\_\_

**NIÑO 4**– Nombre Completo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Cuidado de Vacaciones: Fecha Que Comienza: \_\_\_\_\_ Fecha Que Termina: \_\_\_\_\_ Cargo Semanal \$: \_\_\_\_\_

**Proveedores Licenciados:** ¿Recibe financiamiento para este niño/a de cualquier otra fuente? Marque todas las que apliquen:

- School Readiness     State Head Start     Federal Head Start     DSS CDC     DSS BAS

**Familiares o proveedores en casa:** ¿Está usted relacionado con este niño/a?  Si  No Si está relacionado, especifique su relación debajo:

- Abuelo/a o Bisabuelo/a     Tío/a     Hermano/a     Sobrino/a     Primo/a o Segundo Primo/a    Otro: \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO:** Indique el tiempo que el niño/a está bajo su cuidado (Indique AM o PM)

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
DE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
HASTA	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
DE	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
HASTA	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM

¿Es el horario igual cada semana?  Si  No Si respondió NO, explique cómo varía el horario: \_\_\_\_\_