



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

## Verano 2010 - Formulario del Acuerdo entre Padre y Proveedor

Enviar el formulario antes del 9 de Julio del 2010

**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 ponga 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 4 tiene espacio para listar dos niños. Si cuida a mas de dos niños, por favor utilice el espacio adicional en la pagina 5. Si no necesita usar la página 5, favor descartarla).
- Si usted es un Proveedor sin Licencia, complete también la Sección 2B.
- Si usted esta a cargo de una Guardería o un Campamento Licenciado por el Departamento de Salud Publica (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 este 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 demorara 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 numero 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 como completar el formulario de impuesto 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**

### Sección 1: Información de Identificación del Padre

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Numero de Identificación Familiar de C4K \_\_\_\_\_

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre (Imprima)

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

**¿Cual es la razón por presentar este formulario?** Por favor marque todas las opciones que correspondan.

Proveedor Nuevo     Solicitud/Redeterminacion     Cambio en su horario/pago     Nueva Dirección     Otro

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

**¿Que tipo de proveedor es usted?**

**Esta usted acreditado por cualquiera de las siguientes (SI, Indique)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro licenciado de Cuidado de Niños   | <input type="checkbox"/> Junta de Acreditación                                   |
| <input type="checkbox"/> Hogar licenciado de Cuidado en Grupo  | <input type="checkbox"/> Asociación Nacional Después de Escuela                  |
| <input type="checkbox"/> Hogar Licenciado de Cuidado Familiar  | <input type="checkbox"/> Asociación Nacional para la Educación de Niños pequeños |
| <input type="checkbox"/> Campamento Licenciado de Cuidado de Verano  | <input type="checkbox"/> Asociación Nacional para Cuidado de Familia             |
| <input type="checkbox"/> Programa administrado por la Escuela exento de licencia<br>(Verificación del exento será requerida) | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)                                      |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Programa de Recreación   |  |
| <input type="checkbox"/> Individuo sin Licencia (Familia o Proveedor en el hogar)  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)  |  |

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

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

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

Su Numero 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)**

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

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

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

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

¿Cuál es el numero 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 Numero de teléfono de su Empleo: \_\_\_\_\_

**Use esta tabla para indicar las horas y días que normalmente trabaja en su otro empleo (marque con un circulo 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

**Nota:** Tiene que ser un pariente cercano padre o niño/a para proveer cuidado de niño en su hogar. Un pariente cercano significa un abuelo/a, hermano/a, tío/a, primo/a o segundo primo/a. Si no es pariente cercano, el cuidado tiene que ser en el hogar del niño/a de acuerdo a la ley del estado.

¿Donde 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 area: \_\_\_\_\_

¿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

¿Esta 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

¿Esta usted bajo detención o tiene una orden de detención pendiente o una acusación criminal contra usted pendiente?  Si  No

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

- Abandonamiento, daño o riesgo de daño a un menor
- Crimenes involucrando una arma, explosivos o una arma de fuego
- Crueldad a personas, acecho, obscenidad, indecencia publica 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 un chequeo de antecedentes a través del Departamento de Niños y Familias y el Departamento de Seguridad Pública.**

**► 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 Verano: Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha que Termina: \_\_\_\_\_ Cargo Semanal \$: \_\_\_\_\_

¿Estará el Niño 1 con este proveedor en el Otoño y se mantendrá las horas antes y después de la Escuela iguales?  SI  NO

**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

**Proveedores que son Parientes o En Casa:** ¿Es usted pariente del niño/a o del padre(s)?  Si  No Si, SI, ¿Como? \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO: Complete el tiempo que el niño/a esta 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 como varia el horario: \_\_\_\_\_

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

Cuidado de Verano: Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha que Termina: \_\_\_\_\_ Cargo Semanal \$: \_\_\_\_\_

¿Estará el Niño 2 con este proveedor en el Otoño y se mantendrá las horas antes y después de la Escuela iguales?  SI  NO

**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

**Proveedores que son Parientes o En Casa:** ¿Es usted pariente del niño/a o del padre(s)?  Si  No Si, SI, ¿Como? \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO: Complete el tiempo que el niño/a esta 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 como varia 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 medico primario del niño/a y la compañía de seguro medico, y prueba de que cada niño/a esta al día con sus inmunizaciones y sus exámenes de salud.
- 4) Yo entiendo y estoy de acuerdo que Care 4 Kids puede 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 defraude a la comunidad publica, conspiración a cometer robo por defraude a la comunidad publica, fraude de vendedor, falsificación, declaraciones falsas y otros crímenes relacionados conforme al Titulo 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 auditorios y actividades de prevención de fraude incluyendo cualquier visita a mi domicilio o al local del cuidado del niño.
- 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 reportare 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 publica, conspiración a cometer robo por defraude a la comunidad publica, fraude de vendedor, falsificación, declaraciones falsas y otros crímenes relacionados conforme al Titulo 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 Verano: Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha que Termina: \_\_\_\_\_ Cargo Semanal \$: \_\_\_\_\_

¿Estará el Niño 3 con este proveedor en el Otoño y se mantendrá las horas antes y después de la Escuela iguales?  SI  NO

**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

**Proveedores que son Parientes o En Casa:** ¿Es usted pariente del niño/a o del padre(s)?  Si  No Si, SI, ¿Como? \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO: Complete el tiempo que el niño/a esta 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 como varía el horario: \_\_\_\_\_

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

Cuidado de Verano: Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha que Termina: \_\_\_\_\_ Cargo Semanal \$: \_\_\_\_\_

¿Estará el Niño 4 con este proveedor en el Otoño y se mantendrá las horas antes y después de la Escuela iguales?  SI  NO

**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

**Proveedores que son Parientes o En Casa:** ¿Es usted pariente del niño/a o del padre(s)?  Si  No Si, SI, ¿Como? \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO: Complete el tiempo que el niño/a esta 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 como varía el horario: \_\_\_\_\_