



## Vacaciones Escolares Formulario del Acuerdo Entre Padre y Proveedor

**Paso 1:** Este formulario debe ser completado por el padre **Y** el proveedor del cuidado de niño/a(s).

➤ **Padres** – Complete las Secciones 1, 3 y 5.

➤ **Proveedor de Cuidado de Niño** – Complete las Secciones 2, 3 y 4.

**Paso 2:** Asegúrese que todas las secciones hayan sido completadas y la información esté correcta. Responda a todas las preguntas de Sí y No marcando la casilla apropiada. Ya que haya completado este formulario y lo haya revisado, asegúrese que el padre y proveedor lo firmen y le pongan la fecha.

**Formularios incompletos no serán 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 Proveedor de Cuidado de Niños con Care 4 Kids nuevo, nos tiene que proporcionar su número de Seguro Social o número de FEIN y completar un formulario 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 para imprimir de nuestra página web:

**www.ctcare4kids.com**. Para información sobre cómo completar la declaración de impuestos de ingreso, llame u obtenga la información en la red al **http://www.irs.gov**.

**Paso 4:** Someta el formulario completado a **Care 4 Kids, 1344 Silas Deane Highway, Rocky Hill, CT 06067** o por fax al **1-877-868-0871**.

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE (Para ser completado por el Padre/Madre)

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Número de Identificación de C4K: \_\_\_\_\_  
Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre

Dirección del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (Primario) \_\_\_\_\_ (Secundario) \_\_\_\_\_

Razón por presentar este formulario:  Parte de mi Solicitud o Redeterminación  Reportando cambios o un proveedor nuevo/a

### SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR/A DE CUIDADO DE NIÑOS (Para ser completado por el proveedor/a)

¿Qué tipo proveedor es usted?

- Individuo/a sin licencia (familia)  
 Hogares de Familia con Licencia  
 Centro de Cuidado de Niños Licenciado  
 Hogar de Cuidado de Grupo Familiar Licenciado  
 Programa/Campamento de Verano  Licenciado  
 Escuelas Públicas/Privadas  
 Municipios

¿Está usted acreditado por cualquiera de las siguientes? (Marque los que sí)

- Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC)  
 Concilio de Acreditación (COA)  
 Asociación de Escuelas y Colegios de Nueva Inglaterra (NEASC)  
 Asociación Nacional para Cuidado de Niños en Hogar Familiar (NAFCC)

### SECCIÓN 2A: PROVEEDORES LICENCIADOS, ESCUELAS PÚBLICAS / PRIVADAS, MUNICIPIOS Y CAMPAMENTOS DE VERANO (Para ser completado por el proveedor/a)

**NOMBRE DEL PROVEEDOR/A**

Nombre del Centro: \_\_\_\_\_ Hogar de Familia Licenciado: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre)

Dirección del Local del Cuidado de Niño/a(s): \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Seguro Social/Número de ID de Impuesto Federal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de ID de Proveedor/a de C4K: \_\_\_\_\_ Número de Licencia: \_\_\_\_\_  
Proveedores de Hogar Familiar

*Solamente los proveedores de hogares familiares:*  Yo entiendo que tengo que completar el requisito del entrenamiento previo a los servicios, antes de poder ser elegible para recibir pagos. Para más información, visite a [www.ctcare4kids.com](http://www.ctcare4kids.com).

*Por favor indique la dirección en el cual le gustaría recibir los avisos por correo si es diferente a la dirección donde es proveído el cuidado:*

Dirección de Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre:

Identificación de Familia de C4K:

## SECCIÓN 2B: PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS FAMILIAR SIN LICENCIA

(Para ser completado por el proveedor/a)

**Tiene que ser un familiar cercano para proveer cuidado.** Familiar cercano significa que el niño/a es su nieto/a, bisnieto/a, hermano/a, sobrino/a. Si no es familiar cercano, tiene ser licenciado/a por la División de Licencia de La Oficina de Connecticut de la Primera Infancia.

Nombre del Proveedor/a: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
*Apellido, Primer Nombre, Inicial de Segundo Nombre*

Dirección de Su Hogar: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de ID de Proveedor de C4K: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Yo entiendo que tengo que completar el requisito del entrenamiento previo a los servicios, antes de poder ser elegible para recibir pagos. Para más información, visite a [www.ctcare4kids.com](http://www.ctcare4kids.com).

¿Cuál es el máximo número de niños que tiene usted en su cuidado al mismo tiempo en cualquier día, incluyendo los suyos? \_\_\_\_\_

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

¿Trabaja por su propia cuenta, o tiene otro empleo?  Sí  No Si respondió Sí, indique su horario de trabajo en la siguiente tabla.

Nombre, Dirección, y Número de Teléfono del otro empleo: \_\_\_\_\_

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

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
<b>Entrada</b>	____:____ AM ____:____ PM						
<b>Salida</b>	____:____ AM ____:____ PM						

¿Dónde provee el cuidado del niño/a(s) anotados en este formulario?  Hogar del niño/a(s)  Hogar del Proveedor/a  Otro \_\_\_\_\_

¿Hay un teléfono en servicio en este domicilio?  Sí  No Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Es este un teléfono celular?  Sí  No

¿Hay un detector de humo que funciona?  Sí  No ¿Tiene acceso inmediato a un extinguidor de fuego?  Sí  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?  Sí  No

¿Está usted bajo detención o tiene una orden de detención pendiente o una acusación criminal contra usted pendiente?  Sí  No

¿De qué crimen fue usted acusado? ¿Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

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

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

Para obtener una lista completa de crímenes, visite [www.ctcare4kids.com](http://www.ctcare4kids.com)

**NOTA: Todos los Proveedores sin licencia están sujetos a verificación de abuso de niños, negligencia, o antecedentes penales. Si los resultados de la verificación de antecedentes penales confirman un crimen en la lista de crímenes que lo hace inelegible, será requerido de pagar los beneficios emitida a su nombre.**

Nombre del Padre/Madre:

Identificación de Familia de C4K:

**SECCIÓN 3: NIÑOS/AS EN SU CUIDADO (Para ser completado por el Padre/Madre y Proveedor)**

Complete para cada niño/a que necesite asistencia de Care 4 Kids. Si tiene más de 3 niños/as en su cuidado, haga una copia de esta hoja o imprima otra copia de la página web de Care 4 Kids al [www.ctcare4kids.com](http://www.ctcare4kids.com).

**NIÑO/A 1**

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

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

¿Es usted relacionado a este niño/a?  Sí  No Si es relacionado/a, especifique su relación al niño/a:

Abuelo/a/ Bisabuelo/a  Tía/Tío  Hermana/o  Otro: \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO/A: Complete el horario que el niño/a está en su cuidado (Circule AM o PM).**

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Entrada	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Salida	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Entrada	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Salida	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM

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

**NIÑO/A 2**

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

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

¿Es usted relacionado a este niño/a?  Sí  No Si es relacionado/a, especifique su relación al niño/a:

Abuelo/a/ Bisabuelo/a  Tía/Tío  Hermana/o  Otro: \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO/A: Complete el horario que el niño/a está en su cuidado (Circule AM o PM).**

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Entrada	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Salida	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Entrada	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Salida	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM

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

**NIÑO/A 3**

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

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

¿Es usted relacionado a este niño/a?  Sí  No Si es relacionado/a, especifique su relación al niño/a:

Abuelo/a/ Bisabuelo/a  Tía/Tío  Hermana/o  Otro: \_\_\_\_\_

**HORARIO DEL CUIDADO DEL NIÑO/A: Complete el horario que el niño/a está en su cuidado (Circule AM o PM).**

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Entrada	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Salida	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Entrada	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM
Salida	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM	_____ AM
	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM	_____ PM

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

**SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR (Para ser completado por el Proveedor)****Yo certifico que:**

- 1) Yo soy el individuo o programa que provee cuidado a los niños listados en este formulario. Tengo por lo menos 20 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 el horario de cuidado, en la cantidad que cobro por mis servicios, si el niño/a deja de atender el cuidado o hay un cambio en el local 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. Cambios tienen que ser reportados dentro de 10 días.
- 3) Por cada niño/a en mi cuidado, tengo el nombre del médico primario del niño/a y la compañía de su seguro médico, y comprobación de que cada niño/a está al día con sus inmunizaciones y sus exámenes de salud.
- 4) Yo entiendo y estoy de acuerdo que La Oficina de Connecticut de La Primera Infancia y Care 4 Kids pueden verificar independientemente la información anotada en este formulario sin autorización previa incluyendo reviso de antecedentes criminales, abuso o negligencia a niños.
- 5) Yo entiendo que este es un acuerdo entre el padre/madre y 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. Yo soy un contratista independiente y recibiré un formulario de impuestos 1099 por dinero recibido por Care 4 Kids.
- 6) Puede ser que Care 4 Kids no cubra todos los mis cargos. El padre/madre es responsable por cualquier cargo que no sea pagado por Care 4 Kids.
- 7) Puedo ser requerido reembolsar pagos que me hayan pagado 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 penalidades asociados 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 someter una factura completada para recibir pago. Facturas son emitidos a mi cuando pago ha sido aprobado y mensualmente después de esto. Tendré **120 días** para someter la factura completada para poder ser pagado/a.
- 9) Para ser elegible para pagos, (1) Voy a cumplir con las regulaciones de salud y seguridad del estado de Connecticut como se aplica a mí (ya sea como un proveedor con licencia o sin licencia) y (2) yo cooperaré con el Estado de Connecticut y sus programas de audiencia y actividades de prevención de fraude designados, incluyendo cualquier visita a mi domicilio, al local del cuidado del niño/a, o lugar de empleo.
- 10) Yo entiendo que tengo que completar el requisito del entrenamiento previo a los servicios, antes de poder ser elegible para recibir pagos.
- 11) 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.
- 12) Debo reportar cualquier muerte de niño/a que ocurren mientras en mí cuidado a la Oficina de la Primera Infancia, División de Licencias al 1-800-282-6063.

Nombre del Proveedor/a: \_\_\_\_\_

(por favor imprima)

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Firma del Proveedor/a: \_\_\_\_\_

FECHA

**SECCIÓN 5: CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE (Para ser completado por el Padre/Madre)****Yo certifico que:**

- 1) Yo he seleccionado el proveedor identificado arriba para cuidar a mi(s) niño/a(s) mientras trabajo o atiendo una actividad aprobada.
- 2) Yo reportaré cualquier cambio en los arreglos del cuidado de niños, ingresos del hogar que excede 85% del Ingreso Medio del Estado, la pérdida de un trabajo o el final de una actividad aprobado, si el niño que recibe beneficios de Care 4 Kids ya no está en el hogar, o mi dirección residencial a Care 4 Kids dentro de 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 puede ponerse en contacto con el proveedor anotado arriba y que el proveedor se puede poner en contacto con Care 4 Kids sobre mi elegibilidad y aumento de mis pagos.
- 5) Puedo ser requerido reembolsar 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 penalidades asociados 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.

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

(por favor imprima)

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

FECHA