Nombre del Padre:	Número de Caso C4K:

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

Paso 1: Este formulario debe ser completado por uno de los padres **y** el proveedor de cuidado de niños.
- **Padre** – Complete las Secciones 1, 3 y 5.
- **Proveedor de Cuidado de Niños**– Complete las Secciones 2, 3 y 4.

Paso 2: Asegúrese de haber completado todas las secciones y que la información sea correcta. Conteste las preguntas cuya respuesta sea Sí o No marcando el casillero correcto. Una vez que haya completado y revisado este formulario, asegúrese de que tanto el padre/madre como el proveedor lo firmen y fechen. Si necesita ayuda, llame al 1-888-214-5437 o visite www.ctcare4kids.com. **Los formularios incompletos podrían no ser aceptados provocando un retraso en el procesamiento.**

Paso 3: Todos los proveedores de Care 4 Kids (C4K) **deben completar** todos los requisitos de orientación y entrenamiento anual antes de recibir los pagos. Consulte el sitio web de C4K para conocer los requisitos del proveedor: Requisitos del Proveedor – CT Care 4 Kids

Paso 4: La ley nos exige informar todos los pagos al Servicio de Impuestos Internos (IRS) a los efectos del impuesto a la renta. Si usted es un nuevo proveedor de cuidado de niños de Care 4 Kids (C4K) debe brindarnos su Número de Seguro Social o su Número de Identificación del Empleador y completar el formulario IRS W-9. Para recibir un formulario W-9 por correo llame al 1-888-214-5437, o descárguelo en www.ctcare4kids.com. Si usted ya presentó el formulario W-9, no necesita completar uno nuevo, a menos que su información haya cambiado. Care 4 Kids no retiene impuestos a la renta. Los proveedores son responsables de pagar los impuestos al IRS y al Estado de Connecticut.

Paso 5: **Envíe este formulario a través del Portal de Padre de Care 4 Kids** https://portal.ct.gov/oec/care4kids.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PADRE *(Para ser completado por el Padre)*

Nombre del Padre:_____ Número de Caso C4K:_____
Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre

Dirección del Padre:_____ Ciudad, Estado, Código Postal:_____

Número de Teléfono: (Celular)_____(Secundario)_____

Razón de la presentación del formulario: ❒ Parte de mi Solicitud o Redeterminación ❒ Informar cambios o un nuevo proveedor

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS (*Completado por el Proveedor)*

¿Qué tipo de proveedor de cuidado de niños es usted?
- ❒ Individuo Sin Licencia (familiar)
- ❒ Hogar familiar de cuidado para niños con Licencia
- ❒ Centro de Cuidado de niños con Licencia
- ❒ Hogar Grupal de Cuidado de Niños con Licencia
- ❒ Campamento para Jóvenes con Licencia
- ❒ Campamento para Jóvenes Exento
- ❒ Programa Basado en el Centro Exento

¿Cuenta con la acreditación de alguna de las siguientes? (marque los que sí)
- ❒ Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC)
- ❒ Consejo de Acreditación (COA)
- ❒ Asociación de Escuelas y Universidades de Nueva Inglaterra (NEASC)
- ❒ Asociación Nacional de Cuidado Infantil Familiar (NAFCC)

SECCIÓN 2A: PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA/PROGRAMAS EXENTOS *(Para ser completado por el Proveedor)*

Nombre del Proveedor
Nombre del Centro:_____ Hogar con Licencia:_____
(Apellido) (Nombre)

Dirección en donde se realiza el cuidado de niños:_____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: (Celular)_____(Secundario)_____

Fecha de Nacimiento: _____ *(solo para Proveedores de Hogares Familiares)*

Número Identificación de Proveedor de C4K: _____ Número de Licencia: _____

Por favor, aclare la dirección a la cual desea que se le envíen las notificaciones si esta es distinta a la dirección en donde se realiza el cuidado de niños.

Dirección:_____ Ciudad, Estado, Código Postal:_____

Nombre del Padre:	Número de Caso C4K:

SECCIÓN 2A, CONTINUACIÓN: PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA/PROGRAMAS EXENTOS *(Para ser completado por el Proveedor)*

❒ **Entiendo que debo cumplir con el requisito de completar el entrenamiento/orientación previa al servicio antes de ser elegible para el pago. Los proveedores serán elegibles para el pago el día después de que se complete el entrenamiento. Para más información, visite www.ctcare4kids.com.**

❒ **Entiendo que todos los programas exentos y de cuidado de niños con licencia deben cumplir con todos los requisitos de salud y seguridad para convertirse y seguir siendo un proveedor de cuidado de niños elegible.**

SECCIÓN 2B: FAMILIARES PROVEEDORES SIN LICENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS *(Para ser completado por el Proveedor)*

Usted debe ser familiar del niño(a) ya sea por sangre, matrimonio o adopción. Es decir que el niño(a) es su nieto(a), bisnieto(a), sobrino(a), o hermano(a). Si usted no es familiar del niño(a), debe contar con una licencia de La Oficina de la Primera Infancia para prestar cuidado de niños.

Nombre del Proveedor:_____
Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre

Dirección:_____ Ciudad, Estado, Código Postal:_____

Número de Teléfono: (Celular) _____ (Secundario)_____

Número de Identificación de Proveedor de C4K:_____

Fecha de Nacimiento:_____/_____/_____ Género: ❒ Masculino ❒ Femenino

❒ **Entiendo que debo cumplir con el requisito de completar el entrenamiento previo al servicio antes de ser elegible para el pago. Para más información, visite www.ctcare4kids.com.**

¿Trabaja por cuenta propia o tiene otro trabajo que no sea el de cuidar niños? ❒ SÍ ❒ NO Si su respuesta es **Sí**, indique el horario de su otro trabajo en el cuadro de abajo.

Nombre, Dirección, y Número de Teléfono de su otro trabajo:_____

_____

Proveedor: Utilice este cuadro para detallar las horas y los días en los que usted normalmente trabaja en su otro empleo: (marque con un círculo AM o PM).

HORA	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
COMIENZA	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM
SALIDA	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM	AM _____:_____ PM

¿Dónde provee el cuidado de los niños ingresados en este formulario de acuerdo?

❒ Hogar del niño ❒ Hogar del Proveedor ❒Otro _____

¿Hay un teléfono en funcionamiento en el lugar donde se realiza el cuidado? ❒ SÍ ❒ NO Teléfono: (_____)_____

¿Hay un detector de humo en funcionamiento? ❒ SÍ ❒ NO ¿Cuenta con acceso inmediato a un extinguidor? ❒ SÍ ❒ NO

¿Cuál es la cantidad total de niños a su cuidado al mismo tiempo en cualquier día, incluyendo a sus propios niños?_____

¿Cuántos de estos niños son menores de 2 años, incluyendo a sus propios niños?_____

¿Está usted siendo investigado por el Departamento de Niños y Familias (DCF) por abuso o abandono infantil o tiene usted antecedentes por abuso o negligencia infantil en Connecticut o en cualquier otro estado? ❒ SÍ ❒ NO

¿Alguna vez estuvo bajo arresto, o tiene una orden de arresto o acusación penal pendiente en su contra? ❒ SÍ ❒ NO

¿De qué ha sido acusado? ¿Cuándo y dónde?_____

¿Alguna vez ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos? ❒ SÍ ❒ NO

- Abandono, daño, o intento de daño a un niño menor.
- Crueldad con personas o animales, acecho, obscenidad, indecencia pública, conducta temeraria, incendio intencional, robo, robo en una casa, invasión de hogar. ***(vea la lista continua en la página siguiente)***

Nombre del Padre:	Número de Caso C4K:

SECCIÓN 2B CONTINUACIÓN: FAMILIARES PROVEEDORES SIN LICENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS *(Para ser completado por el Proveedor)*

- Uso de la fuerza sobre otra persona, incluso asesinato, agresión, homicidio, secuestro, restricción ilegal.
- Delitos que involucren armas, explosivos o armas de fuego.
- Delitos sexuales incluyendo agresión sexual, violación, prostitución, pornografía infantil, u otro delito sexual relacionado.
- Venta, elaboración o posesión de narcóticos u otras drogas ilegales o sustancias sujetas a control.

Para acceder a la lista completa de delitos, por favor visite www.ctcare4kids.com.

NOTA: Todos los Familiares Proveedores Sin Licencia están sujetos a verificación de abuso/negligencia infantil o antecedentes penales. Si los resultados de los antecedentes confirman que usted no es elegible, se le exigirá que le pague a Care 4 Kids los beneficios que usted recibió.

SECCIÓN 3: NIÑOS A SU CUIDADO *(Para ser completado juntos entre Padre y Proveedor)*

Complete por cada niño que necesite asistencia de Care 4 Kids. *Si hay más de 3 niños a su cuidado, haga una copia de esta página o descargue y imprima otra copia de esta página desde el sitio web de Care 4 Kids en www.ctcare4kids.com.*

NIÑO #1

_____ _____ _____ ____/____/____

APELLIDO *PRIMER NOMBRE* *INICIAL* *FECHA DE NACIMIENTO*

Cuidado de Vacaciones: Fecha de Inicio: _____ Fecha que Termina: _____ ¿Cuánto le cobra al padre por semana? $_____

¿Actualmente está cobrando una cuota de inscripción obligatoria para este niño? ❒ SÍ ❒ NO

Si su respuesta es sí ¿cuánto es la cuota de inscripción? $_____

¿Es usted familiar del niño? ❒ SÍ ❒ NO **Si es familiar, especifique su relación con el niño:**

❑ Abuelo(a)/Bisabuelo(a) ❑ Tía/Tío ❑ Hermano(a) ❑ Otro: _____

HORARIO DE CUIDADO DEL NIÑO: Complete el horario en el que el niño está a su cuidado (marque con un círculo AM o PM).

Día de la Semana	Horario 1 Hora de Comienzo	Horario 1 Hora de Finalización	Horario 2 Hora de Comienzo	Horario 2 Hora de Finalización
Domingo	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Lunes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Martes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Miércoles	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Jueves	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Viernes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Sábado	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM

¿Este horario de cuidado es igual cada semana? ❒ SÍ ❒ NO Si su respuesta es no, explique cómo varía:_____

_____

_____

Nombre del Padre:	Número de Caso C4K:

NIÑO #2

_____ _____ _____ _____/_____/_____

APELLIDO *PRIMER NOMBRE* *INICIAL* *FECHA DE NACIMIENTO*

Cuidado de Vacaciones: Fecha de Inicio: _____ Fecha que Termina: _____ ¿Cuánto le cobra al padre por semana? $_____

¿Actualmente está cobrando una cuota de inscripción obligatoria para este niño? ❒ SÍ ❒ NO

Si su respuesta es sí ¿cuánto es la cuota de inscripción? $_____

¿Es usted familiar del niño? ❒ SÍ ❒ NO **Si es familiar, especifique su relación con el niño:**

❑ Abuelo(a)/Bisabuelo(a) ❑ Tía/Tío ❑ Hermano(a) ❑ Otro: _____

HORARIO DE CUIDADO DEL NIÑO: Complete el horario en el que el niño está a su cuidado (marque con un círculo AM o PM).

Día de la Semana	Horario 1 Hora de Comienzo	Horario 1 Hora de Finalización	Horario 2 Hora de Comienzo	Horario 2 Hora de Finalización
Domingo	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Lunes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Martes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Miércoles	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Jueves	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Viernes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Sábado	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM

¿Este horario de cuidado es igual cada semana? ❒ SÍ ❒ NO Si su respuesta es no, explique cómo varía:_____

_____

_____

NIÑO #3

_____ _____ _____ _____/_____/_____

APELLIDO *PRIMER NOMBRE* *INICIAL* *FECHA DE NACIMIENTO*

Cuidado de Vacaciones: Fecha de Inicio: _____ Fecha que Termina: _____ ¿Cuánto le cobra al padre por semana? $_____

¿Actualmente está cobrando una cuota de inscripción obligatoria para este niño? ❒ SÍ ❒ NO

Si su respuesta es sí ¿cuánto es la cuota de inscripción? $_____

¿Es usted familiar del niño? ❒ SÍ ❒ NO **Si es familiar, especifique su relación con el niño:**

❑ Abuelo(a)/Bisabuelo(a) ❑ Tía/Tío ❑ Hermano(a) ❑ Otro: _____

HORARIO DE CUIDADO DEL NIÑO: Complete el horario en el que el niño está a su cuidado (marque con un círculo AM o PM).

Día de la Semana	Horario 1 Hora de Comienzo	Horario 1 Hora de Finalización	Horario 2 Hora de Comienzo	Horario 2 Hora de Finalización
Domingo	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Lunes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Martes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Miércoles	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Jueves	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Viernes	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM
Sábado	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM	_____:_____ AM PM

¿Este horario de cuidado es igual cada semana? ❒ SÍ ❒ NO Si su respuesta es no, explique cómo varía:_____

_____

_____

Nombre del Padre:	Número de Caso C4K:

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

Yo certifico que:

1) Soy la persona o programa que provee cuidado a los niños detallados en este formulario. Tengo al menos 20 años de edad y soy capaz de proveer servicios de cuidado de niños en forma segura y competente. No tengo ninguna incapacidad, limitación o problema de salud que me impida cuidar de los niños(as).
2) El cuidado se realizará en el lugar especificado en el formulario. Soy responsable de informar cambios en las horas de cuidado, en el monto cobrado por los servicios, si el niño(a) dejara de asistir al cuidado, y los cambios en el lugar donde el niño(a) es cuidado. También debo informar a Care 4 Kids acerca de cualquier cambio en mis antecedentes penales o historial de abuso/negligencia infantil. Los cambios deben ser informados dentro de los 10 días.
3) Por cada niño(a) a mi cuidado, cuento con el nombre del médico de atención primaria y del proveedor de seguro médico y cuento con la prueba de que cada niño(a) se encuentra al día con sus inmunizaciones y exámenes de salud.
4) Comprendo y acuerdo que La Oficina de la Primera Infancia y Care 4 Kids podrán verificar la información brindada en este formulario, en forma independiente, sin autorización previa, incluyendo antecedentes penales, de abuso o negligencia a niños.
5) Comprendo que este acuerdo es entre el padre/madre y el proveedor. Este no es un contrato con Care 4 Kids o el Estado de Connecticut. Ni Care 4 Kids ni el Estado de Connecticut son mis empleadores. Soy un contratista independiente y recibiré un formulario de impuestos 1099 por el dinero que reciba de Care 4 Kids.
6) Care 4 Kids puede no cubrir el pago total de lo que cobro. El padre es responsable de los cargos no cubiertos por Care 4 Kids.
7) Se me puede exigir el pago de los beneficios recibidos por error. Se podrán presentar cargos civiles o penales en mi contra si, a sabiendas, omitiera, tergiversara, o proveyera información falsa a Care 4 Kids, o si no informara en forma oportuna los cambios que afecten los pagos o mi elegibilidad para este programa. Puedo ser responsable por todas las penalidades asociadas a delitos, incluyendo, pero no limitándose a, robo por fraude a la comunidad, conspiración a cometer robo por fraude a la comunidad, fraude de vendedor, falsificación, falso testimonio, y otros crímenes relacionados conforme al Título 53a de los Estatutos Generales de Connecticut.
8) Debo presentar una factura completa para recibir mi pago. Se me emitirán las facturas cuando el pago sea aprobado y mensualmente a partir de entonces. Tendré **120 días** para presentar la factura completa y así poder recibir el pago.
9) Para ser elegible para los pagos, (1) debo cumplir con las disposiciones de seguridad y salud del Estado de Connecticut que apliquen en mi caso (ya sea como proveedor con o sin licencia), y (2) debo cooperar con el Estado de Connecticut y sus designados en las auditorías del programa y en las actividades de prevención de fraudes, incluyendo cualquier visita que puedan llevarse a cabo a mi hogar, centro de cuidado de niños, o lugar de trabajo.
10) Comprendo que debo cumplir con los requisitos de orientación y entrenamiento anual para ser elegible para el pago. Para más información acerca de los requisitos específicos para cada proveedor, visite www.ctcare4kids.com.
11) He leído y entiendo la información contenida en este formulario y certifico que la información que he dado es correcta y verdadera, a mi leal saber y entender.
12) Comprendo que si tengo licencia, debo informar a La Oficina de la Primera Infancia, División de Licencia, al 1-800-282-6063, acerca de cualquier accidente fatal de alguno de los niños, así como de cualquier daño que requiera que el niño(a) deba ser ingresado a un hospital, que ocurra mientras el niño esté bajo mi cuidado.

Nombre del Proveedor (*por favor imprima*): _____ _____ _____
APELLIDO *PRIMER NOMBRE* *INICIAL*

Firma del Proveedor: _____ ____/____/____
FECHA

SECCIÓN 5: CERTIFICACIÓN DEL PADRE *(Para ser completado por el Padre)*

Yo certifico que:

1) He elegido al proveedor identificado anteriormente para cuidar de mis niños(as) mientras trabajo o me encuentro en una actividad aprobada.
2) Informaré a Care 4 Kids cualquier cambio en los arreglos para el cuidado de niños, si los ingresos familiares exceden el 85% del Ingreso Medio Estatal, informaré en caso de pérdida de empleo o de finalización de una actividad aprobada, si el niño que recibe los beneficios de Care 4 Kids ya no se encuentra en el hogar, o cambios en mi dirección de residencia, dentro de los 10 días de ocurrido el cambio.
3) Soy responsable de pagarle al proveedor cualquier cargo que Care 4 Kids no cubra.
4) Comprendo y acuerdo que Care 4 Kids puede ponerse en contacto con el proveedor mencionado anteriormente, y viceversa, por motivos de mi elegibilidad y montos de los pagos.
5) Entiendo que mi proveedor debe completar los requisitos de orientación y entrenamiento anual para ser elegible para el pago. Para obtener más información sobre los requisitos específicos del proveedor, visite www.ctcare4kids.com.

Nombre del Padre:	Número de Caso C4K:

SECCIÓN 5, CONTINUACIÓN: CERTIFICACIÓN DEL PADRE *(Para ser completado por el Padre)*

6) Se me puede exigir el pago de los beneficios recibidos por error en mi nombre. Se podrán presentar cargos civiles o penales en mi contra si, a sabiendas, omitiera, tergiversara, o proveyera información falsa a Care 4 Kids, o si no informara en forma oportuna los cambios que afecten los pagos o mi elegibilidad para este programa. Puedo ser responsable por todas las penalidades asociadas a delitos, incluyendo, pero no limitándose a, robo por fraude a la comunidad, conspiración a cometer robo por fraude a la comunidad, fraude de vendedor, falsificación, falso testimonio, y otros crímenes relacionados conforme al Título 53a de los Estatutos Generales de Connecticut.

Nombre del Padre (*por favor imprima*): _____ _____ _____
APELLIDO *PRIMER NOMBRE* *INICIAL*

Firma del Padre: _____ ____/____/____
FECHA

Envíe este formulario a través del Portal de Padre de Care 4 Kids

https://portal.ct.gov/oec/care4kids