



INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEL FONDO PARA EL DESARROLLO Y CUIDADO DE NIÑOS (CCDF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Formulario del Estado 56903 (R2 / 4-21)

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y DE FAMILIA

INSTRUCCIONES: El proveedor debe completar toda la información y firmar el formulario.

IMPORTANTE: Los proveedores elegibles deben demostrar que cumplen con las Estándares Mínimos de CCDF antes de participar en este programa.

PADRE/TUTOR: El cuidador debe completar esta información en su totalidad. El proveedor de CCDF debe permitir que el padre o tutor haga visitas no programadas al programa de cuidado infantil, durante las horas en que funciona dicho programa. Lleve el formulario completo a la cita para colaborar y que se completen rápidamente los vales de cuidado infantil. Si desea cambiar el proveedor debe obtener nuevos vales antes de asistir, o quizás el pago por el cuidado pase a ser su responsabilidad. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de admisiones local.

Nombre del padre/tutor		Fecha en que se completa (mes, día, año)			
Nombre del cuidador					
Nombre comercial (si corresponde)				Número de identificador de empleador (EIN, por sus siglas en inglés) de la empresa (si corresponde)	
Domicilio donde se presta el servicio de cuidado (número y calle, ciudad, estado y código postal)					Condado
Tipo de proveedor <input type="checkbox"/> Hogar con licencia <input type="checkbox"/> Centro con licencia <input type="checkbox"/> Ministerio registrado <input type="checkbox"/> Hogar exento de licencia <input type="checkbox"/> Institución exenta de licencia <input type="checkbox"/> Cuidado en el hogar del niño					
Número de licencia / registro / exención		¿Se trata de un aumento de nivel de Caminos a la Calidad (PTQ, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de teléfono () ()	Número de fax () ()
Horario de atención (por ejemplo, de 7 a.m. a 6 p.m.)		Días de atención (Marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo			
¿Se trata de un cambio de proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, ¿en qué fecha comenzará el cuidado del niño? (Mes, día, año)		¿Es para un niño que está sometiendo su caso a una reautorización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del niño (nombre y apellido)	Edad del niño Años / meses	Jardín de infantes (Marque HD si irá medio día o FD si irá el día completo)	Cargo actual (Enumerar cargos para el año escolar de acuerdo con la edad escolar) Semana / Día / Hora	Cargo para el Próximo Grupo de Edad (si el niño actualmente tiene dos años (2), marque el cargo de tres años (3)) Semana / Día / Hora	Edad escolar Otra (Mencione los cargos para cuidados durante el verano o la noche) Semana / Día / Hora

¿Usted es familiar del niño mencionado anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, por favor, amplíe la información.			
PARA CUIDADOS DE JARDÍN, JORNADA COMPLETA CON OTRA EDAD ESCOLAR					
Fecha en la que comienza el año escolar (mes, día, año)	Fecha en la que termina el año escolar (mes, día, año)	¿El niño en edad escolar necesita vales de cuidado con turnos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este formulario es para pre jardín On My Way Pre-K o cuidado con turnos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores fue Sí, se debe presentar un calendario escolar.	

AFIRMACIÓN DEL PROVEEDOR		
Afirmo que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Además, afirmo que el cuidado infantil se brindará en la dirección mencionada más arriba y acepto cumplir con las normas y normativas del programa CCDF que está disponible en www.childcarefinder.in.gov . También comprendo que debo permitir que los padres o el tutor hagan visitas no programadas a mi programa de cuidado infantil, durante el horario en el que el programa está en funcionamiento. Al firmar esta solicitud, certifico que soy la persona mencionada más arriba o la persona autorizada designada.		
Nombre en letra de imprenta del proveedor	Aclaración del proveedor	Fecha (mes, día, año)