



INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEL PROGRAMA ON MY WAY (OMW)

Formulario del Estado 56897 (R / 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 Normas Mínimas de CCDF antes de poder participar en este programa.

Nombre del padre o tutor		Fecha en la que se completó (mes, día, año)		¿Se trata de un cambio de proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del cuidador			Número de Seguridad Social del cuidador (solo los últimos cuatro dígitos)		
Nombre de la empresa (si corresponde)			Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés) de la empresa (si corresponde)		
Dirección en la que se presta el servicio de cuidado (número y calle, ciudad, estado y código postal)					
Tipo de proveedor OMW <input type="checkbox"/> Hogar con licencia <input type="checkbox"/> Centro con licencia <input type="checkbox"/> Ministerio registrado <input type="checkbox"/> Centro exceptuado de licencia <input type="checkbox"/> Escuela pública, privada o autónoma <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Número de licencia / registro / exención			Nivel actual de Paths to Quality (PTQ) que tiene el proveedor		
Horarios de atención (por ejemplo de 7 a.m. a 6 p.m.)		Días de atención (marque todas las opciones 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			
Nombre del niño (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	¿Prejardín OMW Regular de Elegibilidad Limitada?	Costo semanal actual del prejardín OMW Pre-K **	Fecha de comienzo del prejardín OMW (Mes, día, año)	Fecha de finalización del prejardín OMW (Mes, día, año)
		<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Limitado			
		<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Limitado			
		<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Limitado			

** Ingrese \$147.82 SOLAMENTE en el costo semanal de Elegibilidad Limitada. El costo semanal del proveedor por el servicio Regular de OMW debe reflejar el costo semanal cobrado a TODAS las familias.

¿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.
Si es una escuela pública, privada o autónoma ¿el niño necesita de vales por cuidado con interrupciones (cuidado en otro proveedor cuando su escuela no está funcionando)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, <u>se debe adjuntar un cronograma escolar.</u>

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR

Declaro que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Además, declaro que el cuidado infantil se brindará en la dirección mencionada y acepto cumplir con las normas y normativas del programa de CCDF, que están disponibles en www.childcarefinder.in.gov También comprendo que debo permitir que los padres o tutores hagan visitas no programadas a mi programa de cuidado infantil, durante los horarios en que esté funcionando. Al firmar esta solicitud, certifico que soy la persona mencionada más arriba o la persona autorizada designada.

Firma del proveedor	Nombre del proveedor en letra de imprenta	Fecha (mes, día, año)
---------------------	---	-----------------------