



SOLICITUD PARA CAMBIAR PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Número de Caso para Cuidado de Niños _____ Fecha: _____

Cliente:

Anote un número de teléfono donde se le pueda ubicar durante el día:

Casa: _____

Trabajo: _____

Complete & Envíelo SOLO CUANDO CAMBIA o AÑADA Otro Proveedor

NO complete esto si usted ya ha enviado un formulario para su nuevo proveedor.

Si cambia proveedores o añade otro proveedor, usted y su nuevo proveedor tienen que completar y FIRMAR las páginas adjuntas. Asegúrese también en completar ésta página. Devuelva ésta página con las páginas adjuntas a la dirección indicada abajo. Nosotros tenemos que tener esta información antes de que paguemos a su nuevo proveedor.

Usted y su proveedor serán avisados dentro de 30 días después de haber recibido la información completada. Después de que su nuevo proveedor es aprobado, nosotros le enviaremos a su proveedor nuevo el formulario de facturas llamado Certificado para Cuidado de Niños.

Si usted está CAMBIANDO de proveedor, complete esta caja.

- Nombre del Nuevo Proveedor:
McCormick Tribune YMCA
- ¿Cuál fue la fecha de la PRIMERA VEZ que este proveedor empezó a cuidar a su(s) niño(s)?

- Nombre del Proveedor que reemplaza:

- ¿Cuál fue la fecha de la ULTIMA VEZ que este proveedor cuidó a su(s) niño(s)?

Si usted está AÑADIENDO otro proveedor, complete esta caja.

- Nombre del Proveedor:

- ¿Cuál fue la fecha de la PRIMERA VEZ que este proveedor empezó a cuidar a su(s) niño(s)?

Si su nuevo proveedor de cuidado de niños no quiere completar las páginas adjuntas, llame a un consejero de padres de la agencia de Recursos y Referidos para Cuidado de Niños al _____ . Ellos tal vez le pueden ayudar a encontrar un nuevo proveedor.

El Departamento se reserva el derecho de requerir pruebas de toda la información en las páginas adjuntas.

NOMBRE DEL/LA SOLICITANTE:

SECCIÓN V - INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Para ser completado JUNTOS por el / la Solicitante y por el Proveedor (Por favor escriba en letra de molde con tinta)

¿Tiene usted más de un proveedor de cuidado de niños? Sí NO
 Si contestó Sí, anote el nombre del otro Proveedor de Cuidado de Niños _____
 Si contestó Sí, usted TIENE QUE hacer copias de las páginas 5 & 6 y completar la sección de arreglos para cuidado de niños separada para cada proveedor.
 ¿Asiste algún niño a "Head Start", Pre-Escolar, o Cuidado de Niños con otro proveedor que no está en esta solicitud? Sí No
 Si contestó Sí, anote el otro Proveedor de Cuidado de Niños.

**Los padres / madres o padrastros no pueden ser pagados por proveer cuidado de niños a cualquier niño de su hogar
 Los proveedores deben tener por lo menos 18 años de edad y pasar el "CANTS" cada dos años.**

Nombre del Proveedor: McCormick Tribune YMCA
 Si usted tiene un Centro de Cuidado de Niños, Nombre de la Corporación: _____

Dirección 1834 N. Lawndale | Ciudad Chicago | Estado IL | Zona Postal 60647

Dirección de Correos, si es diferente que arriba: _____ Condado _____

Número de Teléfono: 773.235.2525 | Fax: 773.235.9193 | E-mail: rosa_nodal@ymcachgo.org

Fecha de Nacimiento (No se requerido para Proveedores y Centros con Licencia) Mes: _____ Día: _____ Año _____

Tiene que Completar Una: **Núm. de Seguro Social** (Individuo o Propietario) _____
FEIN (Corporación, Sociedad o Propietario) 36-2179782
Código de la Unidad del Gobierno (Escuela Pública o Distrito de Parques) _____

Escriba la fecha en que el proveedor empezó o empezará a cuidar a los niños: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

ARREGLOS DE CUIDADO DE NIÑOS

Anote sólo a los niños que serán cuidados por ESTE proveedor (Indique a.m. o p.m.) Si su niño va a la escuela, Pre-Escolar o Head Start en otro lugar durante el día, anote sólo las horas con este proveedor. Para NIÑOS en edad escolar, anote las horas en cuidado de NIÑOS.

NOMBRE DEL NIÑO	EDAD	HORARIO USUAL DE CUIDADO DE NIÑOS							Tarifa Diaria Del Proveedor	
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		DOM
		DESDE								
		HASTA								
		DESDE								
		HASTA								
		DESDE								
		HASTA								
		DESDE								
		HASTA								
		DESDE								
		HASTA								

¿Varía el horario del cuidado de niños? Sí NO | ¿Ofrece usted descuento cuando hay varios niños? Sí NO

Por favor explique: _____ | Por favor explique: _____

COLABORACION DE CUIDADO DE NIÑOS

¿Está usted en la Colaboración de Cuidado de Niños aprobada por IDHS? Sí NO
 Marque todo lo que aplica: _____ Head Start _____ ISBE Pre-Escolar

¿Cuánto tiempo dura su programa? 9 meses 12 meses otro 3 meses

ARREGLOS PARA CUIDADO DE NIÑOS LEGAL

Marque el tipo apropiado de proveedor. Si tiene licencia, complete la Información para Cuidado de Niños con Licencia.

CENTROS Y PROVEEDORES CON LICENCIA

- Centro de Cuidado de Niños con Licencia (760)*
- Centro de Cuidado de Niños Exento de Licencia (761)
- Casa de Cuidado de Niños con Licencia (762)*
- Casa de Cuidado de Niños de Grupo con Licencia (763)*

*** INFORMACIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS CON LICENCIA**

(NO anote el Núm. de Licencia de Cuidado para Padres de Crianza)
 Número de Licencia _____
 Capacidad de la Licencia: Día _____ Noche _____
 Fecha que caduca la Licencia _____
 Horas de Operación: De _____ A _____

CUIDADO POR UN PARIENTE (NO REQUIERE LICENCIA)

- En Casa del Proveedor de Cuidado de Niños (765)
- En Casa del niño (767)

Mi parentesco con el/los niño(s) es:

CUIDADO POR UNA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (NO REQUIERE LICENCIA)

- En Casa del Proveedor de Cuidado de Niños (764)
- En Casa del Niño (766)

SECCIÓN VI - CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

Después de haber leído cada uno de las siguientes declaraciones, yo certifico que:

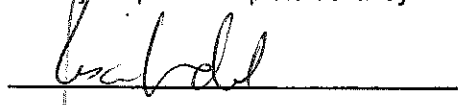
- ! Los padres tendrán acceso a sus niños sin restricción en cualquier momento.
- ! Todos los códigos de incendio, salud y seguridad locales y estatales han sido cumplidos.
- ! Todos los proveedores / empleados de cuidado de niños tendrán un examen actual de TB y un examen médico documentado en el registro del local / hogar, dentro de 90 días de la fecha de la firma de este formulario. El examen de TB no debe ser antes de la fecha en que el proveedor/empleados empiecen a dar los servicios de cuidado de niños.
- ! Todos los materiales de limpieza, venenos y otros materiales peligrosos están guardados en áreas que no son accesibles al / los niño(s).
- ! No hay armas de fuego o municiones en el hogar O las armas de fuego o municiones están en un gabinete cerrado con llave o guardados bajo llave todo el tiempo.
- ! Los materiales de primeros auxilios están listos y disponibles.
- ! No habrá castigo corporal.
- ! Se proveerá a los niños juegos y actividades apropiadas para su desarrollo.
- ! Los niños serán supervisados (dentro y fuera del lugar) todo el tiempo
- ! En los últimos cinco (5) años yo no he sido acusado de negligencia o abuso de niños, tampoco he sido acusado de actos de abuso sexual ni de explotación sexual de niños en los últimos veinte (20) años o como de otra manera se establece en la Parte 431 del 89avo. Código Administrativo de Illinois. Yo autorizo que el Departamento verifique el Sistema de Rastreo para Abuso y Negligencia de Niños (CANTS) para confirmar esta información para el Departamento de Servicios Humanos.

! Ha sido usted convicto por algo que no sea una violación menor de tráfico? Sí NO

Si contestó sí, por favor explique: _____

- ! Todas las declaraciones provistas en este documento son verdaderas:
- ! La información provista sobre mí es verdadera, correcta y completa.
- ! Entiendo que la información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y se puede requerir que verifique dicha información.
- ! Entiendo que no me pueden pagar hasta que complete un formulario W-9 y esté certificado por la Oficina de la Contraloría.
- ! Entiendo que soy responsable de cobrar la cuota de pago de cada familia.
- ! Entiendo que las tarifas cobradas al estado de Illinois no exceden a aquellas cobradas al público en general por servicios similares y no exceden el máximo permitido por el estado.
- ! Yo certifico que si tengo un centro proveedor, hogar con licencia, o un grupo en el hogar, me comprometo a mantener desde la fecha de pago, por un mínimo de 5 años, los registros de asistencia diaria para verificar los servicios provistos y, estoy de acuerdo en proveer los registros y documentación relacionada a los servicios facturados a cualquier representante autorizado del departamento y autoridades federales. Yo entiendo que si no mantengo los registros adecuados, se establecerá la presunción a favor del estado para cualquier fondo pagado por el estado para el cual no hay documentación adecuada disponible para garantizar el pago.
- ! Entiendo que proveer información falsa o no proveer la información correcta puede resultar en que tenga que pagar los pagos en exceso y / o ser referido para prosecución por fraude.
- ! Entiendo que proveer un número de seguro social incorrecto / ficticio deliberadamente para defraudar al estado de Illinois causará que sea procesado por fraude bajo el peso completo de la ley.

Firma del Proveedor de Cuidado de Niños: _____



Fecha: 3/25/10

SECCIÓN VII - CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Después de que las siguientes declaraciones hayan sido leídas, yo certifico que:

- ! Entiendo que soy responsable de pagar una parte del costo de mi cuidado de niños (cuota de padres) a mi proveedor y no hacerlo puede resultar en que pierda mi proveedor de cuidado de niños.
- ! Entiendo que mi elegibilidad será determinada nuevamente por lo menos cada 6 meses o como sea necesario.
- ! Los niños tienen todas las vacunas necesarias y la verificación está en los archivos del proveedor.
- ! Se completó una revisión del local / hogar y estoy de acuerdo que es un ambiente seguro.
- ! He dado notificación por escrito al proveedor, **SI** quiero que alguna otra persona que no sea yo, recoja al / los niño(s).
- ! He dado a cada proveedor un teléfono de emergencia, un consentimiento escrito para cuidados médicos y para suministrar medicinas recetadas.
- ! El nombre del médico de la familia está en el archivo de cada proveedor.
- ! Yo soy responsable de seleccionar los proveedores de cuidado de mi(s) niño(s).
- ! Yo informaré si hay algún cambio en los arreglos del cuidado de niños dentro de **5 días** de ocurrido el cambio. No informar cambios a tiempo puede resultar en la pérdida de mis beneficios para cuidado de niños.
- ! Entiendo que yo debo estar trabajando o yendo a una actividad educacional, entrenamiento aprobado por el IDHS u otra actividad relacionada a trabajo para poder ser elegible para recibir beneficios para cuidado de niños.
- ! Entiendo que la información provista será revisada en bases de datos del estado y, si se descubren inconsistencias, el proceso de la solicitud será atrasado o negado.
- ! Todas las declaraciones provistas arriba son verdaderas.
- ! La información provista de mi caso es verdadera, correcta y completa.
- ! Entiendo que no se requiere que provea mi número de seguro social y que si deliberadamente proveo un número de seguro social incorrecto / falso, causará que sea procesado por fraude.
- ! La información provista será revelada sólo para propósitos administrativos y puede requerirse que verifique dicha información.
- ! Entiendo que tengo el derecho de apelar y tener una audiencia imparcial para quejas.
- ! Entiendo que proveer información falsa o no proveer información correcta puede resultar en que tenga que pagar los pagos en exceso y / o ser referido para prosecución por fraude.
- ! Mi firma es mi consentimiento y autorización para revelar información al Departamento de Servicios Humanos de Illinois o sus agentes que pueden establecer mi elegibilidad o continuar mi elegibilidad para el Programa de Cuidado de Niños.

Firma del/la Solicitante: _____ **Fecha:** _____