



Child Care Alternative Payment Program
 1225 Gill Ave.
 Madera, CA 93637
 Oficina (559) 661-0779 Fax (559) 661-0764

| | |
|-----------------------------|------------------|
| OFFICE USE ONLY | |
| Family #: _____ | Program #: _____ |
| Requested Start Date: _____ | |
| Verified Initials: _____ | |
| Verified Date: _____ | |

Información de Contacto del Nuevo Proveedor de Cuidado de Niños
LÍMITE DE DOS (2) PROVEEDORES POR FAMILIA

- Proveedor Regular (Primario)**
- Proveedor Alternativo** (1- Un suplente solo se aprueba cuando el proveedor regular tiene un día pagado sin operación y el padre tiene que obtener un proveedor alternativo para satisfacer la necesidad certificada de cuidado infantil. **Limitado a diez días por niño por año fiscal.** 2- El tiempo en que los servicios de cuidado infantil son proporcionados por un proveedor alternativo elegible cuando el niño este enfermo y el padre tiene que obtener cuidado infantil de un proveedor alternativo elegible. **Limitado a diez días por niño por año fiscal. Puede exceder de diez días con una verificación médica.**) 5 CCR 18076.2
- Proveedor Múltiple** (Los contratistas pueden reembolsar a más de un proveedor por niño cuando las horas de operación del proveedor regular no puede satisfacer la necesidad certificada de cuidado infantil.) 5 CCR 18076.3

El nombre del padre y/o madre: _____ Teléfono de Padre: _____

Nombre del proveedor(a): _____ Teléfono del proveedor: _____

Dirección del proveedor(a): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Tiene su Proveedor(a) una licencia de cuidado infantil? (por favor circule uno): No / Si (Si escoge si, pase al 1-5 y a-g)

Para proveedoras (exento) de licencia de cuidado de niño:

1. Relación del proveedor con el niño/o niña: _____
2. Que lenguaje prefiere su proveedora hablar (por favor circule uno): **Inglés o Español**
3. El proveedor está empleado o inscrito en un programa escolar o entrenamiento (por favor circule uno): **Si / No**
Si respondió Si, indicar si la escuela / entrenamiento / empleo es: (por favor circule uno) Tiempo completo / Día Parcial
4. Por favor indique en que parte del día se prestaran servicios (por favor circule uno o ambos): **Mañanas / Tardes**
5. Yo entiendo que el cuidado de niños no se puede dar en el hogar del proveedor: **Si / No**

Tenga en cuenta que los proveedores de cuidado de niños sin licencia también necesitan enviar las siguientes comprobaciones en su cita programada:

- a) Carta de identificación con su dirección actual
- b) Prueba de residencia con una factura de servicios públicos en su nombre y dirección actual
- c) Copia de la tarjeta de Seguridad Social
- d) Verificación de entrenamiento o de empleo si está en la escuela o está trabajando
- e) Completar una clase de Reanimación Cardiopulmonar y Primeros Auxilios dentro de 30 días. (Costo \$65-\$100)
- f) Los proveedores que no sean familiares (distintos a tías, tíos o abuelos) también necesitan completar las huellas digitales y Declaración Sobre Antecedentes Penales (Costo \$8-\$25) **y ser registrados con TrustLine dentro de 30 días**
- g) Las tarifas de cuidado infantil de proveedores exentos de licencia pueden variar desde \$2.40-\$3.05 por hora hasta \$424.84 hasta \$549.09 máximo por mes por niño (basado en la edad del niño, efectivo 1-1-18)

Indique los nombres y las edades de todos los niños que utilizaran servicios con este proveedor(a):

| Nombre | Edad | Nombre | Edad |
|--------|------|--------|------|
| 1. | | 4. | |
| 2. | | 5. | |
| 3. | | 6. | |

***IMPORTANTE:** Los padres deben dar un aviso mínimo dos (2) semanas a CAPMC/APP y el proveedor si terminar el programa o quiere cambiar de proveedor. Si no se da un aviso de dos semanas, y el padre deja de traer el niño o a los niños, los padres son responsables de pagar el proveedor. El contrato con un proveedor nuevo no será efectivo hasta después del final del aviso de dos semanas. **Familias no cambiará de proveedores más de una vez en un año de contrato** a menos que el cambio es por razones serias y convincentes. Se considerará solicitudes para más de un cambio por año sobre una base caso por caso por el director del programa.

Nota: Su solicitud debe ser **revisado y aprobado** por su Asociado de Servicio Familiar (FSA) antes del uso de los servicios.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____