



FONDO DE CUIDADO Y DESARROLLO INFANTIL (CCDF)/INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEL PROGRAMA ON MY WAY (OMW) PRE-K

Formulario estatal 57268 (R / 4-24)
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y FAMILIARES

INSTRUCCIONES: El proveedor debe completar toda la información y firmar el formulario. Los proveedores elegibles deben demostrar el cumplimiento de los estándares mínimos del CCDF antes de participar en estos programas.

PADRE/TUTOR: Su cuidador debe completar esta información en su totalidad. Su proveedor debe permitir visitas no programadas de un padre o tutor legal a su programa de cuidado infantil durante las horas en que el programa esté en funcionamiento. Cargue este documento en su solicitud en línea o llévelo a su cita en persona para completar rápidamente sus cupones de cuidado infantil. Si desea realizar un cambio de proveedor, debe obtener nuevos cupones antes de asistir; de lo contrario, el pago de la atención puede convertirse en su responsabilidad. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su oficina de elegibilidad local.

Nombre del solicitante		Número de teléfono del solicitante		Dirección de correo electrónico del solicitante	
Nombre del programa			Número de licencia/registro/exención		Nivel actual de Paths to QUALITY (PTQ) del proveedor <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Dirección donde se brinda la atención (número y calle, ciudad, estado y código postal)			Condado		Número de teléfono ()
¿Es este un cambio de proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, ¿en qué fecha comenzará el cuidado del niño? (día, mes, año)		¿Es esto para un niño que está reautorizando su caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de proveedor <input type="checkbox"/> Hogar con licencia <input type="checkbox"/> Centro con licencia <input type="checkbox"/> Ministerio registrado <input type="checkbox"/> Casa exenta de licencia <input type="checkbox"/> Centro exento de licencia <input type="checkbox"/> Cuidado en el hogar del niño <input type="checkbox"/> Escuela pública, privada o autónoma					
Horario de atención (p. ej., de 7 a. m. a 6 p. m.)		Días de atención (marque todo lo que corresponda) <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 de los niños CCDF (nombre completo)	Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Jardín de infancia (Indique HD para medio día o FD para día completo)	Cargo por edad actual (Además, enumere los cargos antes y después de la escuela) Semana/Día/Hora	Cargo por el siguiente grupo de edad (Si el niño es actualmente un bebé, indique el cargo para niños pequeños) Semana/Día/Hora	Otros niños en edad escolar (Cargo por vacaciones escolares o cuidado nocturno) Semana/Día/Hora
SOLO PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (Incluya un calendario escolar para TODOS los niños en edad escolar).					
Fecha de inicio del año escolar (dd/mm/aa)	Fecha en que termina el año escolar (dd/mm/aa)	¿Necesita el niño en edad escolar cupones de cuidado de descanso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este formulario para cuidado de relevo o integral de On My Way Pre-K? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Asistirá el niño a este mismo proveedor de CCDF durante el verano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio y fin del verano (día/mes/año-día/mes/año)
SOLO PARA NIÑOS DE ON MY WAY PRE-K					
Nombre del niño de OMW (Nombre completo)	Fecha de nacimiento (día, mes, año)	Cargo semanal de OMW Pre-K	Fecha de inicio de OMW Pre-K (día, mes, año)	Fecha de finalización de OMW Pre-K (día, mes, año) Última fecha posible: primer sáb. de junio	Si se determina que la familia es elegible para la Elegibilidad limitada que reciben los proveedores
					\$147.82/semana
					\$147.82/semana
Si es una escuela pública, privada o autónoma, ¿necesita el niño de OMW mencionado anteriormente cupones de cuidado de relevo (cuidado brindado por otro proveedor cuando su escuela no está en sesión)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					En caso afirmativo, se <u>debe</u> proporcionar un horario escolar.
¿Está usted relacionado con alguno de los niños mencionados anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, indique la relación.			

AFIRMACIÓN DEL PROVEEDOR

Afirmo que la información proporcionada en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Además, afirmo que se proporcionará cuidado infantil en la dirección indicada anteriormente, y acepto cumplir con las reglas y regulaciones del programa CCDF disponible en www.childcarefinder.in.gov. También entiendo que debo permitir visitas no programadas de un padre o tutor legal a mi programa de cuidado infantil durante las horas en que mi programa de cuidado infantil esté en funcionamiento. Al firmar esta solicitud, certifico que soy la persona mencionada anteriormente o la persona designada autorizada.

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