

# REGISTRO DIARIO DE HORARIO Y ASISTENCIA DE CDC

Michigan Department of Human Services

**Se requiere de los proveedores sin licencia**

Núm de Id. del Proveedor:

**Sitio de cobro: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare)**

Nombre del Proveedor:

Núm. de Periodo. de Pago:

Núm. de Confirmación

Núm. de Página:

INSTRUCCIONES: Registre el horario de inicio y termino del cuidado díaño y las horas de enfermedad/feriado de cada niño bajo su cuidado. Cualquier cambio deberá ser indicado por la persona que lo realiza. Lea las instrucciones adicionales en el reverso. **Conserve este formulario en su registro.** Se debe conservar un registro de asistencia diaria durante **cuatro años** con propósitos de auditoría.

**Redondee las horas diarias de comienzo y finalización del cuidado hasta la media hora más cercana para obtener el total de horas diarias de cuidado**

		Nombre del Niño					Nombre del Niño					Nombre del Niño				
		Edad					Edad					Edad				
Día	Fecha	Hora de Inicio del Cuidado	Hora de Finalización del Cuidado	Horas de Cuidado de Niños	Horas de Enfermedad/ Feriado	Inicial del Padre	Hora de Inicio del Cuidado	Hora de Finalización del Cuidado	Horas de Cuidado de Niños	Horas de Enfermedad/ Feriado	Inicial del Padre	Hora de Inicio del Cuidado	Hora de Finalización del Cuidado	Horas de Cuidado de Niños	Horas de Enfermedad / Feriado	Inicial del Padre
Dom																
Lun																
Mar																
Mie																
Jue																
Vie																
Sab																
Dom																
Lun																
Mar																
Mie																
Jue																
Vie																
Sab																

Certifico que:

- La información de registro anterior es verdadera y precisa hasta donde es de mi conocimiento en base a información disponible.
- Conservo un registro permanente y preciso por cuatro años, incluyendo el tiempo de llegada y partida de cada niño en forma diaria.
- Entiendo que si por alguna razón se hace un pago excesivo de beneficios, los beneficios adicionales recibidos se deberán devolver. Si una mala representación intencional causó un pago excesivo, la parte responsable, incluyendo a cualquier adulto del grupo del programa o representante autorizado del programa o proveedor de bienes y servicios, podrá ser acusado por fraude.

Firma del Proveedor de Cuidado de Niños

Fecha

## INSTRUCCIONES:

Al final de cada período de pago, los proveedores deben cobrar la cantidad de horas de cuidado de niños, usando el sistema de cobro a través de Internet en: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare). Deberá conocer el número del período de pago, su número de identificación de proveedor y PIN.

Ante cualquier duda sobre el cobro a través de Internet, consulte el Manual de Proveedor y las instrucciones de cobros, DHS-PUB-230. Si aún necesita ayuda, llame a la Unidad Central de Reconciliación al 1-866-990-3227.

**Número de ID del Proveedor:** Ingrese el número de 7 dígitos (no el número de licencia) anotado en el DHS-198, Certificado/Aviso de Autorización de Desarrollo y Cuidado de Niños.

**Nombre del Proveedor:** Anote su nombre o el nombre de su instalación.

**Número del Período de Pago:** Ingrese el número del período de pago correspondiente a las fechas de cobro. Lea la siguiente tabla. Use una página separada para cada período de pago.

Fecha de Período	Número de período de pago	Fecha límite de cobro*	Fecha de Cheque/EFT	Fecha de Período	Número de período de pago	Fecha límite de cobro*	Fecha de Cheque/EFT
01/01/12 – 01/14/12	201	01/19/12	01/26/12	07/01/12 – 07/14/12	214	07/19/12	07/26/12
01/15/12 – 01/28/12	202	02/02/12	02/09/12	07/15/12 – 07/28/12	215	08/02/12	08/09/12
01/29/12 – 02/11/12	203	02/16/12	02/24/12	07/29/12 – 08/11/12	216	08/16/12	08/23/12
02/12/12 – 02/25/12	204	03/01/12	03/08/12	08/12/12 – 08/25/12	217	08/30/12	09/07/12
02/26/12 – 03/10/12	205	03/15/12	03/22/12	08/26/12 – 09/08/12	218	09/13/12	09/20/12
03/11/12 – 03/24/12	206	03/29/12	04/05/12	09/09/12 – 09/22/12	219	09/27/12	10/04/12
03/25/12 – 04/07/12	207	04/12/12	04/19/12	09/23/12 – 10/06/12	220	10/11/12	10/18/12
04/08/12 – 04/21/12	208	04/26/12	05/03/12	10/07/12 – 10/20/12	221	10/25/12	11/01/12
04/22/12 – 05/05/12	209	05/10/12	05/17/12	10/21/12 – 11/03/12	222	11/08/12	11/17/12
05/06/12 – 05/19/12	210	05/24/12	06/01/12	11/04/12 – 11/17/12	223	11/20/12	11/29/12
05/20/12 – 06/02/12	211	06/07/12	06/14/12	11/18/12 – 12/01/12	224	12/06/12	12/13/12
06/03/12 – 06/16/12	212	06/21/12	06/28/12	12/02/12 – 12/15/12	225	12/20/12	01/02/13
06/17/12 – 06/30/12	213	07/05/12	07/12/12	12/16/12 – 12/29/12	226	01/03/13	01/10/13

\* El plazo de presentación de cobros en días anteriores a feriados es a las 5:00 PM en la fecha indicada. De otro modo, es al final del día (medianoche). Durante los periodos de los días festivos en que las oficinas del estado y las oficinas del correo están cerradas los pagos pueden retrasarse.

**Número de Confirmación:** Anote el número de confirmación que recibe al finalizar el ingreso de la información de cobro.

**Número de Página:** Anote el número de página.

**Nombre y Edad del Niño:** Anote el nombre y edad de cada niño para quienes se haya autorizado el cuidado en el período de informe. Escríbalos en orden alfabético por apellido y nombre.

**Horarios de Inicio y Finalización del Cuidado:** Anote los horarios en horas y minutos, indicando si es AM o PM.

**Horario de Cuidado de Niños:** Ingrese el número de horas de cuidado que realmente se brindaron, redondeadas hasta la media hora más cercana. Ingrese la media hora como .5. **Esto puede ser más o menos que el número de horas autorizadas en el DHS-198. Deje en blanco aquellos días en que el niño no haya asistido.**

**Horas de enfermedad/Días festivos del niño:** Ausencias debido a enfermedad del niño (que no excedan 208 horas por año fiscal) se pueden cobrar si se cobra al público en general (todas las familias) por el día festivo o ausencias debido a enfermedad Y si el niño hubiera normalmente recibido cuidado ese día. Si cobra horas de enfermedad/días festivos del niño no cobre más horas de aquellas en que el niño hubiera normalmente recibido cuidado ese día. Si cobra horas de enfermedad/días festivos del niño no cobre más horas de aquellas en que el niño hubiera normalmente recibido cuidado ese día. En la casilla del día en que la ausencia ocurrió, ingrese el número de horas que se cobra. Redondee hasta la media hora más cercana. Ingrese la media hora como .5. Lea la guía **Desarrollo del Cuidado del niño (CDC) DHS-PUB-230**.

**Inicial del Padre o Representante Autorizado:** El padre o representante autorizado debe firmar con su inicial diariamente para cada niño por los días que estuvo en su cuidado, a fin de indicar que los datos ingresados son correctos.

**Firma y Fecha del Proveedor de Cuidado de Niños:** La persona autorizada para completar los cobros deberá firmar y agregar fecha en el formulario.

### CÓMO REDONDEAR HASTA LA MEDIA HORA MÁS CERCANA:

**Redondee el tiempo del comienzo y la finalización de cuidado a la media hora mas cercana para obtener el total diario de horas de cuidado del niño.**

Si los minutos del horario del cuidado de comienzo/finalización están entre 1-15, elimínelos. Por ejemplo, por un cuidado que comienza a las 8:15 a.m., ingrese 8:00 a.m.

Si los minutos del horario del cuidado están entre 16-45, redondee a X:30. Por ejemplo, por un cuidado que finaliza a las 4:45 p. m., ingrese 4:30 p.m.

Si los minutos del horario del cuidado están entre 46-59, redondee en la siguiente hora. Por ejemplo, por un cuidado que comienza a las 7:52 a.m., ingrese 8 a.m.

**Favor de Notar:** Los padres son responsables de los gastos de cuidado de niños que no son cubiertos por el departamento, incluyendo gastos mientras se determina la elegibilidad del padre o el proveedor.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado civil, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, creencias políticas o discapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo Ley de Estadounidenses con Discapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.