

Case Name:
 Case Number:
 Date:
 DHS Office:
 Specialist:
 Phone:
 Fax:
 Specialist ID:

STATE OF MICHIGAN
Department of Human Services

If you do not understand this, call a DHS office in your area.
 DHS employees are prohibited by law from providing legal advice.
 Si usted no entiende esto, llame a una oficina de DHS en su área.
 La ley prohíbe a los empleados de DHS proporcionar asesoría legal.
 إذا واجهت صعوبة في فهم هذا الطلب، فاتصل بمكتب DHS الموجود في منطقتك.
 يحرم القانون على موظفي DHS إعطاء النصيحة القانونية.

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

AUTORIDAD: Acta Pública 280 de 1939.

LLENADA: Voluntaria.

CONSECUENCIA POR NO LLENAR: Los pagos del subsidio del cuidado de niño no serán autorizados.

CHILD DEVELOPMENT AND CARE PROVIDER VERIFICATION
VERIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE DESARROLLO Y CUIDADO DEL NIÑO

INSTRUCCIONES:

- Complete la siguiente forma.
- Lea y certifique que usted está de acuerdo con las declaraciones de la página 2. Ambos el padre y el proveedor deberán firmar y fechar la forma en la página 2.
- Devuelva la forma completada a su especialista de la oficina local de DHS.
- Se le enviará una notificación si el cuidado está autorizado.

Fecha límite:

SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR:

Cuidador de Niño o Nombre del Director de la Guardería	Nombre de la Guardería (Solamente Centros)		Condado
Dirección (Número y Calle)	Ciudad	Estado MI	Zona Postal
Número ID del Proveedor	Número de Teléfono ()		
¿Recibe usted algún otro reembolso por el cuidado de cualquiera de los niños enlistados abajo? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ → Si es sí, ¿para quién? ¿De quién?			
¿Donde provee usted el cuidado de niño? (Marque todo lo que aplica.) <input type="checkbox"/> GUARDERIA <input type="checkbox"/> CASA DE CUIDADO DE GRUPO <input type="checkbox"/> CASA DE CUIDADO FAMILIAR <input type="checkbox"/> HOGAR DONDE VIVE EL NIÑO <input type="checkbox"/> MI HOGAR			

Firma Requerida - reverso

DISTRIBUTION: File in CDC case file.

Nombre del Caso	Numero del Caso	Especialista
-----------------	-----------------	--------------

Enliste a todos los niños en la familia del padre/padre sustituto que están en su cuidado.	Fecha de Nacimiento	Fecha que Empezó el Cuidado	¿Tiene usted algún parentesco con este niño?	Si es sí, ¿cuál es su parentesco?
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	

PADRES/PADRES SUSTITUTOS:

- 1) Yo certifico que mi (s) hijo (s) reciben el cuidado de este proveedor a partir de la fecha arriba mencionada.
- 2) Yo entiendo que el acuerdo por el cuidado de niños es entre el proveedor del cuidado de niños y yo mismo.
- 3) Yo entiendo que DHS puede solicitarme información con el fin de verificar la información del cobro de su proveedor.
- 4) Yo entiendo que puedo ser procesado por perjurio o fraude si intencionalmente omito cualquier información o doy información falsa que permita que los beneficios de cuidado de niños sean pagados a mi proveedor o a mi por beneficios que tenemos derecho o mas beneficios que mi proveedor o yo no tenemos derecho a ellos.
- 5) Entiendo y estoy de acuerdo que si se realiza un sobrepago a mi proveedor por cualquier razón, los sobre pagos recibidos deberán de ser pagados nuevamente, y los pagos futuros de mi proveedor pueden ser reducidos hasta un 20%.
- 6) Yo entiendo que la violación de las reglas del programa puede resultar en una sanción de 6 meses, 12 meses, o por vida.
- 7) **Entiendo que si elijo un proveedor sin licencia, Soy responsable por cualquier cobro del cuidado del niño por periodos antes de que mi proveedor complete el entrenamiento y Orientación de Great Start.**

Firma del Padre/Padre Sustituto	Fecha
---------------------------------	-------

PROVEEDOR: Estoy de acuerdo con todos los siguiente:

- 1) **Entiendo que si soy un proveedor sin licencia el DHS no me pagara cualquier periodo de pago antes de que yo complete el entrenamiento y orientación del Great Star.**
- 2) Entiendo que yo soy considerado un trabajador autónomo, no empleado por el DHS, y que recibo un beneficio que es emitido de parte de los padres por DHS.
- 3) Mantendré archivos diarios indicando el tiempo de llegada y de salida de cada niño atendido, certificando por el padre/padre sustituto de cada niño, y guardaré estos archivos por cuatro años.
- 4) Si hay una investigación o auditoria y encuentran que no tengo archivos requeridos me pueden requerir devolver los pagos al DHS.
- 5) Los padres de los niños en cuidado tendrán el acceso sin límite a sus niños mientras ellos están en mi cuidado.
- 6) Si por alguna razón me hacen un sobre pago, debo reembolsar los pagos los incorrecto, y el DHS puede retener el 20% de los futuros pagos y aplicar la porción retenida a mi balance de sobrepago hasta que el sobre pago sea pagado.
- 7) Soy responsable por todo uso de los sistemas electrónico de cobros de DHS usando mi PIN (numero de identificación personal).
- 8) Contactaré inmediatamente a la Unidad Central de Reconciliación al 1-866-990-3227 del DHS para reestablecer el PIN si creo que una persona no autorizada por mi ha actuado como mi representante para obtener mi PIN.
- 9) Si estoy autorizado, solamente reportaré las horas de cuidado cuando el niño este presente en mi cuidado.
- 10) No reportaré horas por las siguientes razones: Las horas que el niño esta en la escuela, ausencias debido a no presentarse como cuando un niño simplemente no asiste o abandona el cuidado sin aviso, periodo de vacaciones de los padres/padres sustitutos, niño, o yo apartar un lugar por el niño.
- 11) Entiendo que puedo ser procesado por perjurio o fraude si omito intencionalmente información o doy información falsa que hace que beneficios del cuidado del niño sean aprobados que el padre/padre sustituto o yo mismo no tengo derecho a recibir, o son mayores a los beneficios que el padre/padre sustituto o yo tengo derecho a recibir.
- 12) Yo entiendo que la violación de las reglas del programa puede resultar en una sanción de 6 meses, 12 meses, o por vida.

Firma del Cuidador	Fecha
--------------------	-------