

**Michigan Department of Education  
Child Development and Care Program  
P.O. Box 30008  
Lansing, MI 48909**

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

**Para: AÑADA EL NOMBRE DEL DESTINATARIO  
AÑADA SI A CARGO DEL DESTINATARIO  
AÑADA EL NÚMERO DE CAJA POSTAL DEL DESTINATARIO  
AÑADA LA CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL DEL DESTINATARIO**

**CHILD DEVELOPMENT AND CARE (CDC) PROVIDER VERIFICATION  
VERIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL (CDC)**

**PROPÓSITO:** Ha recibido este formulario porque ha solicitado asistencia para cubrir los gastos relacionados con el cuidado de un niño a través del programa de Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC) o ha cambiado de proveedor CDC. Se debe completar y enviar este formulario a su especialista del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). Se puede hacerlo por medio del correo, fax o mediante el uso de [www.michigan.gov/mibridges](http://www.michigan.gov/mibridges). Su proveedor no recibirá el pago hasta que haya completado éste formulario, haya recibido el aviso de la aprobación y el proveedor haya facturado las horas de cuidado infantil.

**INSTRUCCIONES:**

- Trabaje junto con su proveedor para completar **toda** la información contenida en la páginas 1 y la 2 de este formulario. Usted y su proveedor tienen que leer el acuerdo y colocar firma y fecha en la página 2.
- Se devuelve el formulario a su especialista del MDHHS.
- Usted y su proveedor recibirán un aviso de la programa CDC cuando se procesa el formulario. CDC puede permanecer aprobado sin un proveedor, sin embargo, las fecha de comienzo de cuidado no volverá más de 60 días de cuando se recibe éste formulario.

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR (El proveedor de cuidados debe completar esta sección)**

Nombre del proveedor o del director del centro para el cuidado infantil		Nombre del centro para el cuidado infantil		# proveedor CDC de identificación
Dirección (número y calle)		Ciudad	Estado <b>MI</b>	Zona postal
Condado	Número de teléfono (      )	Correo electrónico		
¿Recibe otros pagos (como los provenientes de un empleador, manutención infantil u otro programa de asistencia) para cubrir los gastos relacionados con el cuidado de los niños que aparecen en la sección 2? Si la respuesta es SÍ, ¿cuáles niños se benefician (anote los nombres)?				
<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ →		Si la respuesta es SÍ, ¿quién realiza los pagos?
¿Dónde ejerce su labor de cuidador de los niños que aparecen en la sección 2? (Elija una) <b>Nota:</b> Si no cuenta con una licencia para ejercer como cuidador y no es un pariente de los niños nombrados en la sección 2, debe cuidar de los niños en el hogar de éstos.				
<input type="checkbox"/> Centro para el cuidado infantil		<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de niños en grupo		<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de niños en familia
<input type="checkbox"/> Hogar donde vive el niño		<input type="checkbox"/> Mi hogar		
Nombre del caso		Número de caso		Especialista

**SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO (El proveedor de cuidados debe completar esta sección):**

(Por favor, anote todos los niños bajo su cuidado. Anexe una lista con los nombres de otros niños a este formulario en caso de que sea necesario).

Nombre del niño	Fecha de Nacimiento	Fecha cuando Comenzaron los cuidados	¿Es el niño pariente suyo?	Si la respuesta es SÍ, ¿cuál es el tipo de parentesco?
1.			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	
2.			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	
3.			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	
4.			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ →	

**Vaya a la página 2 para completar y firmar el formulario**

### SECCIÓN 3: ACUERDO ENTRE EL PADRE O PADRE SUSTITUTO (El padre debe completar esta sección)

Con su firma usted se compromete a lo siguiente:

1. Comprendo que si elijo a un **proveedor de cuidados sin licencia**:
  - a. Soy responsable de cubrir los gastos relacionados con el cuidado de mi hijo antes de que el proveedor complete el programa de adiestramiento Great Start to Quality.
  - b. Los pagos de CDC se harán a mi nombre y seré el encargado de pagarle al cuidador.
  - c. Soy responsable de declarar los pagos del cuidado de mi hijo ante el Servicio de impuestos internos (IRS) y de suministrarle al proveedor un Formulario W-2 o un Formulario 1099 MISC, en caso de ser necesario.
2. Certifico que mi hijo o hijos están o estarán bajo el cuidado de este proveedor desde la "fecha cuando comenzaron los cuidados" que aparece en la sección 2.
3. Entiendo que el acuerdo es entre mi persona y el proveedor de cuidados infantil.
4. Entiendo que es posible que el Departamento me solicite información para poder verificar la información de facturación del proveedor.
5. Entiendo y acepto que si se realiza un sobrepago a nombre del proveedor por cualquier motivo, el proveedor debe reembolsar cualquier pago adicional. Para reembolsar la cantidad, el Departamento disminuirá en hasta 20% el monto de los pagos futuros a nombre del proveedor de cuidados.
6. Entiendo que si omito información o suministro información falsa para poder recibir beneficios CDC para los cuales no califico o beneficios superiores a los que me corresponden, seré enjuiciado por fraude o perjurio.
7. Entiendo que si violo cualquiera de las reglas del programa, es posible que me descalifiquen del programa durante seis (6) meses, 12 meses o de por vida.

Firma del padre o padre sustituto

Fecha

### SECCIÓN 4: ACUERDO ENTRE EL PROVEEDOR DE CUIDADOS (El proveedor debe completar esta sección)

Con su firma usted se compromete a lo siguiente:

1. Entiendo que si soy un **proveedor de cuidados sin licencia**:
  - a. Para poder convertirme en un proveedor de CDC debo completar la Solicitud para los proveedores sin licencia de CDC. Puede encontrar la solicitud en [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare)
  - b. **No** recibiré pagos de parte de CDC por los servicios prestados antes de completar el programa de adiestramiento Great Start to Quality. Puede encontrar más información sobre el programa de adiestramiento en [www.GreatStarttoQuality.org](http://www.GreatStarttoQuality.org).
  - c. Los pagos de CDC se harán a nombre del padre del o de los niños bajo mi cuidado. El padre es responsable de emitir los pagos a mi nombre, declarar los pagos ante el Servicio de impuestos internos y suministrarme un Formulario W-2 o un Formulario 1099 MISC, en caso de ser necesario.
  - d. Usaré el formulario para el Horario de Asistencia Diario de CDC que se encuentra en <http://www.michigan.gov/childcare>.
2. Entiendo y acepto que no trabajo directamente para el estado de Michigan o para el programa de CDC y que no recibiré seguro por desempleo.
3. Llevaré un registro del horario de asistencia para cada uno de los niños bajo mi cuidado. El padre o padre sustituto de cada niño debe firmar los registros todos los días que el niño esté bajo mi cuidado. Guardaré estos registros durante cuatro (4) años.
4. Los padres de los niños tendrán acceso ilimitado a sus hijos cuando estén bajo mi cuidado.
5. Si se realiza una investigación y se encuentra que no guardo un registro exacto del horario de asistencia de los niños, es posible que deba devolver el dinero recibido al Departamento.
6. Si recibo un sobrepago por cualquier motivo, debo reembolsar el dinero al Departamento, aunque el sobrepago haya sido un error. Si recibo un sobrepago, es posible que el Departamento retenga hasta un 20% de cualquier pago futuro.
7. Soy responsable de cualquier acto ocurrido en el sistema de facturación CDC I-Billing si un tercero usa mi Número de Identificación Personal (PIN).
8. Si un tercero ha usado mi PIN sin mi permiso, me pondré en contacto con la Unidad Central de Conciliación de CDC al 866-990-3227 inmediatamente para restablecer mi PIN.
9. No cobraré por las horas en las que el niño se encuentre en la escuela, para apartarle un cupo a un niño o si los padres ya no van a usar mis servicios.
10. Entiendo que si omito información o suministro información falsa para que los padres o padres sustitutos reciban beneficios CDC para los cuales no califican o beneficios superiores a los que les corresponden, seré enjuiciado por fraude o perjurio.
11. Entiendo que si violo cualquiera de las reglas del programa, es posible que me descalifiquen del programa durante seis (6) meses, 12 meses o de por vida.

Firma del proveedor de cuidados

Fecha

Para más información y requisitos, consultar el manual del programa CDC en  
<http://www.michigan.gov/childcare>