

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

STATE OF MICHIGAN
Department of Health and Human Services

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

El Michigan Departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.

AUTORIDAD: Acta Pública 280 de 1939.

LLENADA: Obligatoria.

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

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. Su proveedor no recibirá el pago hasta que haya completado este 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 las 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 devuelva el formulario a su especialista del MDHHS.
- Usted y su proveedor recibirán un aviso del programa CDC cuando se procesa el formulario. CDC puede permanecer aprobado sin un proveedor, sin embargo, la fecha de comienzo de cuidado no volverá más de 60 días de cuando se recibe este 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 MI	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?				
<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Sí → Si la respuesta es Sí, ¿cuáles niños se benefician (anote los nombres)?		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)				
Nota: 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			

Vaya a la página 2 para completar y firmar el formulario

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 →	

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

Con su firma usted se compromete a lo siguiente:

<ol style="list-style-type: none"> Soy responsable de cubrir cualquier gasto por que el tiempo que mi niño este siendo cuidado que no sea pagado por el Departamento. Entiendo que si elijo un proveedor sin licencia: <ol style="list-style-type: none"> Los pagos de CDC se harán a mi nombre y seré el encargado de pagarle al proveedor. 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. 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. Entiendo que el acuerdo es entre mi persona y el proveedor de cuidados infantil. Entiendo que es posible que el Departamento me solicite información para poder verificar la información de facturación del proveedor. 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. 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. 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. 	Fecha
Firma del padre o padre sustituto	

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

Con su firma usted se compromete a lo siguiente:

<ol style="list-style-type: none"> Entiendo que si soy un proveedor sin licencia: <ol style="list-style-type: none"> Para poder convertirme en un proveedor de CDC debo completar la Solicitud para los proveedores exentos de licencia de CDC. Puede encontrar la solicitud en www.michigan.gov/childcare 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. 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. Usaré el formulario para el Horario de Asistencia Diario de CDC que se encuentra en http://www.michigan.gov/childcare. 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. 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. Los padres de los niños tendrán acceso ilimitado a sus hijos cuando estén bajo mi cuidado. 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. 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. Soy responsable de cualquier acto ocurrido en el sistema de facturación CDC I-Billing si un tercero usa mi Número de Identificación Personal (PIN). Si un tercero ha usado mi PIN sin mi permiso, me pondré en contacto con la oficina de CDC al 866-990-3227 inmediatamente para restablecer mi PIN. 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. 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. 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. 	Fecha
Firma del proveedor de cuidados	

Para más información y requisitos, consultar el manual del programa CDC en

<http://www.michigan.gov/childcare>