

**FONDO PARA EL DESARROLLO Y EL CUIDADO INFANTIL (CCDF)/INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES DE ON MY WAY PRE-K (OMW)**

Formulario estatal 57268 (R4 / 4-26)

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS FAMILIARES Y SOCIALES
OFICINA DE PRIMERA INFANCIA Y APRENDIZAJE EXTRAESCOLAR**INSTRUCCIONES: Su proveedor debe completar esta información en su totalidad y firmar el formulario.**

Solicitante/Co-solicitante. Cargue este documento a su solicitud en línea o envíelo para agilizar la tramitación de sus vales de cuidado infantil/OMW. Si desea hacer un cambio de proveedor, debe enviar este formulario a la oficina de elegibilidad antes del mediodía del jueves, para que entre en vigencia a la semana siguiente o el pago del cuidado puede quedar bajo su responsabilidad. Su proveedor debe permitir visitas no programadas de un padre o tutor legal a su programa de cuidado infantil durante el horario de funcionamiento del programa de cuidado infantil. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con su oficina local de elegibilidad.

Nombre del solicitante		Número de teléfono del solicitante		Dirección de correo electrónico del solicitante			
Nombre del programa		Número de licencia/registro/exención		Nivel actual del proveedor en el programa Paths to QUALITY (PTQ) <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 del programa		Número de teléfono del programa ()			
¿En qué fecha comenzará el cuidado del niño? (mes, día, año) / /		¿Se trata de un cambio de proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es para un niño que está volviendo a autorizar 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"/> Hogar exento de licencia <input type="checkbox"/> Centro exento de licencia <input type="checkbox"/> Prestación de cuidados en el hogar del niño <input type="checkbox"/> Escuela pública, privada o autónoma							
Horario de funcionamiento (es decir, de 7 a.m. a 6 p.m.)		Días de funcionamiento (Marque todos los que correspondan). <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 del/de los niño(s) del CCDF (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Tarifa por edad actual	H - Media jornada F - Jornada completa Kinder G	Tarifa para el siguiente grupo de edad (Por ej., Si el niño es actualmente un bebé, indique la tarifa por niño pequeño)	Edad escolar (antes y después de la escuela)	Edad escolar Otro (Tarifa por descansos escolares, cuidado por la noche o fines de semana)	
SOLO PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (Incluya un calendario escolar para TODOS los niños en edad escolar).							
Fecha de inicio del año escolar (mes/día/año) / /	Fecha de finalización del año escolar (mes/día/año) / /	¿Necesita el niño en edad escolar vales de cuidado durante el descanso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este formulario de cuidado durante el descanso o de servicios integrales 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 finalización del programa de verano (mes/día/año) / / - / /		
SOLO PARA NIÑOS DE ON MY WAY PRE-K							
Todos los vales del OMWPK deben incluir un componente de contrapartida monetaria anual de al menos el cinco por ciento (5%), pero no superior al cincuenta por ciento (50%), del costo de la matrícula para los niños elegibles en el marco del programa piloto de Pre-K.							
Nombre del niño del programa OMW (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Tarifa semanal de OMW Pre-K	H - Media jornada F - Jornada completa	Fecha de inicio de OMW Pre-K (mes/día/año)	Fecha de finalización de OMW Pre-K (mes/día/año)	Si se determina que la familia cumple los requisitos de elegibilidad limitada los proveedores reciben	
						\$147.82/semana	
						\$147.82/semana	
Si se trata de un colegio público, privado o autónomo, ¿necesita el niño del programa OMW arriba mencionado vales de cuidado infantil durante el descanso (cuidado en otro proveedor cuando su colegio no está funcionando)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Si la respuesta es sí, debe proporcionarse un cronograma escolar	
¿Tiene usted relación con alguno de los niños mencionados anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es sí, indique la relación.				
DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR Los proveedores elegibles deben demostrar que cumplen con las Normas mínimas del CCDF antes de participar en estos programas.							
Declaro que la información proporcionada en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Además, declaro que se proporcionará cuidado infantil en la dirección indicada anteriormente y acepto cumplir las normas y reglamentaciones del programa del CCDF disponibles en www.childcarefinder.in.gov . También entiendo que debo permitir las 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 (mes, día, año)	