Payment Application for Nonregistered Providers (Solicitud de pago para proveedores no registrados)

Nuevo Renovación

Instrucciones

Complete la Sección A con sus datos.

Complete la Sección B **O** la Sección C dependiendo del lugar donde se prestará el servicio:

Marque la casilla que corresponda y complete las secciones indicadas:

Cuidaré a los niños en mi hogar.

Cuidaré a los niños en su propio hogar.

Si marcó esta casilla, complete la sección **B**.

Si marcó esta casilla, complete la sección **C**.

Lea la información de la sección **D** y luego firme la solicitud y escriba la fecha.

A. Infórmenos sobre usted

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Fecha de nacimiento	
Apellido de soltera u otros apellidos		Teléfono fijo ()		Teléfono celular ()		Cuatro últimos dígitos del N° de Social Security	
Domicilio donde se prestan servicios				Dirección postal (si es diferente)			
Ciudad		Estado	C.P.	Ciudad		Estado	C.P.

B. No registrados - Infórmenos sobre las personas que viven con usted

Escriba los nombres de los otros adultos y menores que viven con usted. Si necesita más espacio, use otra hoja de papel y adjúntela a la solicitud.

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Cuatro últimos dígitos del N° de Social Security

C. Servicios a domicilio - Infórmenos sobre la familia a la que le prestará servicios

Para ser proveedor(a) a domicilio debe cuidar como mínimo a tres niños elegibles para CCA. Escriba los nombres de los padres y de los niños a los que les prestará servicios. Si necesita más espacio, use otra hoja de papel y adjúntela a la solicitud.

	Primer Nombre	Apellido
Padre		
Madre		
Niño/a		

D. Su firma

Certifico que:

1. El lugar donde proveo servicios de cuidado infantil es una vivienda unifamiliar alquilada, rentada o propia. (Esto no corresponde en el caso de servicios a domicilio.)
2. He leído la Comm. 95(S), *Minimum Health and Safety Requirements for Nonregistered Child Care Home Providers* (Spanish), y cumplo con los requisitos correspondientes al proveedor, a la seguridad de la vivienda y a la cantidad de niños.
3. Entiendo los límites con respecto a la cantidad de niños a mi cuidado.
 - En el caso de prestar cuidado como proveedor no registrado, la cantidad total de niños que estarán presentes al mismo tiempo nunca debe exceder de cinco. Esto incluye a mis propios hijos que aún no concurren a la escuela. Nunca habrá más de cuatro niños menores de dos años al mismo tiempo.
 - En el caso de prestar cuidado a domicilio, cuidaré solamente a los niños que viven en la vivienda de la familia. No prestaré servicios para ningún otro niño.
4. Mientras los niños estén a mi cuidado, los padres o cuidadores tendrán acceso a sus hijos, a menos que no esté permitido por orden judicial.
5. Es de mi conocimiento que el Departamento puede negarse a firmar o revocar un acuerdo *Child Care Assistance Provider Agreement* (Spanish), formulario 470-3871(S), ya existente, en el caso de que:
 - Existan peligros para la seguridad y el bienestar de un menor y yo no pueda solucionarlos o me niegue a hacerlo, o
 - Yo hubiera reclamado un pago para el cual no califico.
6. Es de mi conocimiento que las leyes de Iowa exigen que se verifiquen los antecedentes penales y de abuso de menores de todas las personas que viven en mi hogar y tienen 14 años o más.
7. Es de mi conocimiento que las siguientes personas pueden estar inhibidas para prestar servicios de cuidado infantil o para vivir en un hogar de cuidado infantil:
 - Personas que han sido condenadas por un delito contra otra persona
 - Personas con antecedentes de abuso infantil fundado
8. Es de mi conocimiento que toda persona con antecedentes de abuso infantil fundado o que hubiera sido condenada por un delito penal no podrá recibir pagos de *Child Care Assistance*.

Firma del solicitante

Fecha

Tiene derecho a apelar

Usted o la persona que le esté ayudando pueden solicitar una audiencia por escrito, si no está de acuerdo con la acción tomada en su caso. Puede comunicarse con la oficina DHS del condado para averiguar sobre los servicios legales disponibles según su capacidad de pago. También puede llamar a Iowa Legal Aid al teléfono 1-800-532-1275. Si vive en el Condado de Polk, llame al 243-1193.

No sufrirá discriminación

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es brindarles trato equitativo en cuanto a empleo y prestación de servicios a todos los solicitantes, empleados y clientes sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad o discapacidad.

Si considera que DHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta de queja a:

Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, 1st floor, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114, fax (515) 281-4243 o por correo electrónico a stopit@dhs.Estado.ia.us.