Iowa Department of Human Services

Child Care Assistance Provider Agreement
(Acuerdo de Proveedor de asistencia de cuidado infantil)

Información sobre el proveedor de cuidado infantil

Para que usted reciba su pago conforme al Programa de Asistencia de cuidado infantil, debe suministrar la siguiente información acerca de su nombre legal y su número de identificación fiscal. Por favor, complete la casilla A **O** la casilla B.

Casilla A

Individual

Si responde **Sí** a Persona física, suministre su Número de Seguro Social **(SSN, por sus siglas en inglés)** para usarlo como su número de identificación fiscal.

Usted es: (Marque una)	**Sí**	**No**	**SSN**
una persona física	❑	❑	___ – ___ – ___

Si la respuesta a esta pregunta es No, complete la Casilla B.

Apellido del proveedor	Nombre del proveedor

Dirección donde se suministra el cuidado			Dirección postal (si es diferente)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			Teléfono		

Casilla B

Corporación/Sociedad/Gobierno/Propietario único

Su empresa es: (Marque una)	**Sí**	**No**	**Suministre su Número de identificación de empleador (EIN, por sus siglas en inglés).**
Corporación o SRL	❑	❑	**EIN**
Sociedad	❑	❑	___ - ___
Gobierno	❑	❑	**NOTA:** Su nombre comercial legal y su número de identificación fiscal (EIN) tienen que coincidir con los registros del IRS.
Propietario único	❑	❑	

Nombre comercial legal del proveedor

Opera bajo el nombre comercial de (DBA, por sus siglas en inglés)

Dirección donde se suministra el cuidado			Dirección postal (si es diferente)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			Teléfono		

Proveedor elegible

Tengo que cumplir con todos los estándares federales, estatales y locales que pertenezcan a los servicios de cuidado infantil que se suministran bajo este Contrato de pago.

No tengo que ceder, transferir o subcontratar ningún interés en este Contrato. Esto significa que el pago por los servicios realizado bajo este Contrato sólo puede ir al proveedor nombrado en este Contrato por los cuidados provistos en el sitio nombrado en este Contrato.

Información sobre las tarifas del proveedor

Por favor, díganos las tarifas que cobra por servicios de cuidado infantil (incluya <u>todas</u> las tarifas que cobra).

Una tarifa de ½ día es la tarifa que cobra por hasta 5 horas de cuidado. Una tarifa diaria es la tarifa que cobra por un día completo (hasta 10 horas de cuidado). Una tarifa semanal es la tarifa que cobra por una semana completa de cuidado.

	Bebé/niño pequeño		**Preescolar**		**Edad escolar**	
Tarifa	Tarifa básica	Necesidades especiales	Tarifa básica	Necesidades especiales	Tarifa básica	Necesidades especiales
½ día						
Día completo						
Por hora						
Por semana						

Si ofrece tarifas con descuento a segundos hijos o empleados, o si tiene tarifas especiales por cuidados antes y después de la escuela, verano, etc., indique estos cargos debajo:

_____

_____

_____

Al firmar este formulario, acepto participar como proveedor de servicios de cuidado infantil aprobados por el Iowa Department of Human Services (de aquí en adelante, el 'Departamento') y/o el programa PROMISE JOBS y le aseguro al Departamento que cumpliré con las cláusulas de este Contrato.

Firme la página 1 y devuelva las páginas 1 a 4. Conserve las páginas 5 a 7 para sus registros.

Nombre del proveedor de cuidado infantil (en letra de imprenta por favor)	
Firma del proveedor de cuidado infantil	Fecha

Esta área debe ser completada por la trabajadora del DHS exclusivamente

Tipo de proveedor_____ **Número de proveedor**_____

Los pagos efectuados por el departamento se realizarán de acuerdo con la "tarifa de ½ día aprobada" como se indica debajo		
Grupo etario		**Tarifa de ½ día aprobada ***
Bebé/niño pequeño	Tarifa básica	
	Tarifa por necesidades especiales	
Preescolar	Tarifa básica	
	Tarifa por necesidades especiales	
Edad escolar	Tarifa básica	
	Tarifa por necesidades especiales	
Otras tarifas: (segundo hijo, antes y después de la escuela, verano, descuento para empleados, etc.)		

Fecha efectiva	Fecha de finalización

* Se le pagará la tarifa de ½ día que cobra normalmente o la tarifa de reembolso máxima del estado, la que sea más baja.

⇒ El Department of Human Services determinará la elegibilidad para los servicios y autorizará los servicios si son elegibles. Puede apelar a través de los procedimientos de apelación del Departamento si no está satisfecho/a con las decisiones de la agencia.

Firma del representante del Departamento	Fecha

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE.

Comprendo que el pago que recibiré por proveer cuidado infantil para el Department of Human Services:

1. Se basará en una unidad de servicio de cinco horas.
2. Sólo se hará efectivo durante el período de vigencia de este Contrato. Si no renuevo este Contrato, todos los pagos realizados después de la fecha de finalización pueden estar sujetos a resarcimiento.
3. Puede ser renegociado antes de la fecha de finalización, con el acuerdo de todas las partes.

Tarifas del cliente

Entiendo que:

1. Soy responsable de cobrarle directamente al cliente todas las tarifas aplicadas al cliente, según lo determinado por el Departamento. El Departamento no puede cobrar estas tarifas.
2. No le facturaré a ningún participante en Asistencia para cuidado infantil más de la tarifa exigida por las unidades de cuidado provistas, según lo que se afirma en el *Notice of Decision* (*Aviso de Decisión*) del participante.
3. Tengo que llevar un registro de todas las tarifas cobradas a los clientes y este registro estará disponible, previa solicitud, para ser auditado por el departamento o sus representantes.
4. No puedo cobrarle al participante ninguna tarifa adicional, excepto un recargo por atraso si el niño no es retirado a la hora debida, una “tarifa por actividad” para cubrir el costo de excursiones, o el costo del cuidado usado más allá de las unidades aprobadas en el *Notice of Decision* del participante.

Facturación y pago

Entiendo que:

1. Tengo que proveer el servicio según lo autorizado en el *Notice of Decision* o *Certificate of Enrollment* (*Certificado de inscripción*) del cliente antes de presentar el reclamo del pago.
2. Al final de cada período de facturación, presentaré una *Child Care Assistance Billing/Attendance* (*Facturación/concurrencia de Asistencia de cuidado infantil*), formulario 470-4534 del Departamento, con las horas reales de servicios de cuidado infantil que fueron suministradas. Este formulario tiene que ser firmado por el proveedor y el/la padre/madre y yo tengo que conservar una copia para mis registros.
3. Tengo la opción de presentar la concurrencia en línea a través del portal web KinderTrack. Si escojo hacer esto, tengo que imprimir un *Child Care Assistance Billing/Attendance Provider Record* (*Registro de proveedor Facturación/concurrencia de Asistencia de cuidado infantil*), formulario 470-4535, el cual tiene que ser firmado por el proveedor y el/la padre/madre, y yo tengo que conservar una copia para mis registros.
4. Si no puedo usar el formulario 470-4534 o 470-4535, tengo que llevar un registro adecuado de la concurrencia. Para ser considerado adecuado, los registros de asistencia tienen que incluir el nombre del niño, las fechas y los horarios de entrada y de salida de los días en los que el niño recibió cuidados, y la firma del padre o la madre o de otro adulto designado como representante, certificando que la concurrencia es correcta.
5. Sólo se me pagará por las horas de cuidado que fueron autorizadas por el Departamento en el *Notice of Decision* o el *Certificate of Enrollment*.
6. No puedo facturar al Departamento o a PROMISE JOBS más de lo que les cobro a otras familias por el mismo servicio.
7. No puedo solicitar ni aceptar un pago adicional por parte de las familias, excepto por las tarifas del cliente que se mencionan arriba.
8. Si supero la capacidad de albergar niños que tiene mi establecimiento en lo que respecta a la cantidad y a las edades de los niños, este Contrato puede ser finalizado y todos los pagos pueden ser resarcidos.
9. Si no cumplo con este Contrato o con otras reglas de cuidado infantil del Departamento, esto puede resultar en el resarcimiento de los pagos efectuados y en la finalización de este Contrato por hasta 36 meses.

Pago por ausencias de los niños

Entiendo que:

1. Puedo facturar por hasta cuatro días de audiencia por mes (de acuerdo con las unidades aprobadas para ese día) **sólo** cuando un niño tenía programado asistir ese día pero se ha ausentado de sus servicios de cuidado.
2. No puedo facturar un día de ausencia si esta política no se aplica a las familias que pagan de manera privada.
3. Los días festivos se pueden pagar como un día de ausencia **sólo** cuando el establecimiento de cuidado infantil no abre al público, está programado que el niño asista ese día y estos días se cobran a las familias que pagan de manera privada. Los días festivos se incluyen en el máximo de cuatro días por mes.
4. No puedo facturar por días de ausencias cuando no estoy disponible para brindar cuidados (vacaciones o enfermedad).

Registros y auditorías

Entiendo que:

1. Soy responsable de llevar registros precisos que documenten las horas y fechas de cuidado provisto a cada niño financiado por el Departamento o por PROMISE JOBS.
2. Estos registros deben guardarse durante cinco años.
3. Si este caso es seleccionado para una revisión o auditoría del Departamento, pondré estos registros a disposición inmediatamente, a pedido, para confirmar los servicios que he brindado y el pago que he recibido de los fondos de Asistencia para el Cuidado Infantil.
4. Si no se llevan registros precisos de asistencia que han sido firmados por el padre o la madre, esto puede provocar la finalización de este Acuerdo y el pago de los fondos por los períodos de tiempo en los que no pueda suministrar una verificación de asistencia adecuada para respaldar los pagos que he recibido.

Cuidado infantil de protección

1. Entiendo que para proveer cuidado infantil de protección, tengo que ser un proveedor de cuidado infantil con licencia o registro, a menos que sea aprobado de otra manera por el Departamento.
2. Cooperaré con todos los aspectos del Plan Permanencia del Caso del Departamento del niño o la familia.

Cuidado infantil de necesidades especiales

1. Los padres son los responsables de suministrarle al Departamento documentación escrita que pruebe que sus hijos cumplen con la definición de “necesidades especiales”.
2. En tiendo que para recibir tarifas de reembolso por “cuidados especiales”, tengo que suministrar documentación al Departamento que demuestre que estoy respondiendo a las necesidades especiales de un niño con (pero no sólo con) equipos adaptados, una supervisión más cuidadosa o una capacitación especial del personal.

Otros requisitos para los proveedores

No discriminación:

No discriminaré por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad o creencia política a ninguna persona que solicite servicios.

Informes sobre cambios:

Soy responsable de informar cambios en los integrantes de mi hogar, reemplazantes, asistentes, dirección, número de teléfonos, condenas penales, etc. dentro de los 10 días posteriores a cualquier cambio. Si no se informan estos cambios, esto puede resultar en el resarcimiento de los fondos que se me hayan pagado y en la finalización de este Contrato.

Informe sobre abuso:

Entiendo que como proveedor registrado o con licencia, soy un informante obligado con respecto a la sospecha de abuso de niños bajo mi cuidado, y que informaré todos los incidentes sospechosos de abuso infantil al Department of Human Services por teléfono inmediatamente, y que luego elaboraré un informe escrito. El número para informar las sospechas de abuso infantil es el 800-362-2178.

Cuento con una política escrita que me indica cómo informaré una sospecha de abuso infantil.

Confidencialidad:

Respetaré la privacidad del cliente y mantendré en confidencialidad la relación del cliente con el Departamento. No se puede compartir información personal del cliente con nadie que no sea el/la trabajador/a del Departamento o el cliente. No respetar la privacidad del cliente podría provocar la cancelación de este Contrato y en sanciones legales, si se justifican.

Exención de responsabilidad:

Entiendo que tengo la condición de contratista independiente exclusivamente y que no seré en ningún sentido un agente, empleado o funcionario del estado de Iowa, el Iowa Department of Human Services, ni de ninguno de sus empleados o sus clientes. No haré responsable al estado de Iowa, el Iowa Department of Human Services, sus empleados o sus clientes, pues seré el responsable de todas las actividades durante la provisión de los servicios.

Ambiente libre de drogas:

Ofrecer un ambiente de cuidado infantil libre de drogas de acuerdo con la Orden Ejecutiva Número 38.

Auditorías o investigaciones:

Entiendo que se sospeche la existencia de actividades fraudulentas, se puede hacer una remisión a una unidad de investigaciones, y que tengo que cooperar con la investigación. Acepto permitir que funcionarios federales, estatales y local monitoreen y evalúen mi establecimiento de cuidado infantil con o sin previo aviso.

Reembolso:

Entiendo que puedo tener que rembolsar dinero recibido por error o como resultado de incumplimiento de las reglas del Departamento, por no informar cambios o por una facturación fraudulenta.

Finalización del contrato

El incumplimiento de cualquiera de las cláusulas de este Contrato puede provocar la finalización de este Contrato diez días después de un aviso por escrito del Departamento. La finalización de este Contrato puede impedirle que presente una solicitud para otro Contrato. El Departamento también puede negarse a celebrar cualquier contrato posterior con usted por hasta 36 meses.

Este Contrato también puede ser finalizado por acuerdo mutuo de las partes.

Ambas partes aceptan que, excepto en caso de emergencias como enfermedades, la muerte, o un incendio, se dará un aviso con diez días de anticipación para permitir el arreglo de la provisión de un servicio alternativo para los clientes.

Renovación del contrato

Este Contrato tiene que ser renovado cada dos años desde la fecha efectiva de este Contrato. La falta de celebración de un nuevo Contrato resultará en la finalización.