



Rhode Island Department of Human Services

Solicitud General de Cuidado Infantil: Hogares de Cuidado Infantil Familiar, Grupal, Exentos de Licencia

Gracias por su interés en servir a los niños y familias del Estado de Rhode Island. Esta Solicitud General de Cuidado Infantil incluye toda la información necesaria para solicitar por primera vez o renovar una Certificación como Proveedor del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP, por sus siglas en inglés) como proveedor de Cuidado Infantil Grupal, Cuidado Infantil Familiar o Exento de Licencia. Consulte las instrucciones a continuación para asegurarse de completar todas las secciones necesarias de esta solicitud.

Esta Solicitud General de Cuidado Infantil cuenta con tres partes:

- **Parte 1: Preguntas Básicas**, requisito para todos los nuevos solicitantes y renovaciones.
- **Parte 2: Concesión de Licencia**, requisito para las Licencias de Cuidado Infantil
- **Parte 3: Proveedor del CCAP**, requisito para aquellas personas que solicitan una Certificación de Proveedor del CCAP

Complete la siguiente solicitud y envíela junto con toda la documentación requerida y las tarifas correspondientes a la siguiente dirección:

Rhode Island Department of Human Services
Office of Child Care Licensing Team
25 Howard Avenue, Building 57, 4th Floor
Cranston, RI 02920

Seleccione el Programa

¿A qué programas está usted aplicando/renovando? (marque todos los que correspondan)

Hogar Autorizado para el Cuidado Infantil Grupal Familiar o el Cuidado Infantil Familiar

Por favor complete la Parte 1: Preguntas Básicas y la Parte 2: Concesión de Licencias

El cuidado infantil autorizado se refiere a los programas a los que el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) les otorga una licencia debido a que han demostrado su capacidad para cumplir con las regulaciones estatales para la concesión de licencias con el objetivo de cuidar legalmente de 4 o más niños sin parentesco.

* Si usted es un NUEVO solicitante de una licencia de cuidado infantil, comuníquese con el equipo de Concesión de Licencias de Cuidado Infantil al correo electrónico DHS.ChildCareLicensing@dhs.ri.gov o al teléfono 401-462-3009 **antes** de completar esta solicitud, ya que existen requisitos que debe completar antes de que la misma sea aceptada. Además, revise la lista de Requisitos de Solicitud para Hogar de Cuidado Infantil Familiar, Hogar de Cuidado Infantil Grupal Familiar Acreditado que se detalla en la Parte 2 de esta solicitud.

Mi ID de licencia del DHS (solo para renovaciones): _____

Certificación de Proveedor del CCAP

Por favor complete la Parte 1: Preguntas Básicas y la Parte 3: Proveedor del CCAP

El Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP, por sus siglas en inglés) es un programa voluntario en el que los proveedores pueden recibir pagos de subsidios para brindar cuidado a niños de hogares de escasos recursos económicos que estén inscritos en el programa del CCAP.

Mi ID de proveedor del CCAP DHS (solo para renovaciones): _____

Nota: Este formulario debe completarse con tinta y letra legible para procesar su solicitud.

Parte 1: Preguntas Básicas

Requisito para **TODOS** los solicitantes:

Licencia de Cuidado Infantil Nueva o Renovación; y Certificación de Proveedor del CCAP Nueva o Renovación

| Sección 1: Información del Solicitante | | | | | |
|---|--|---|----------------------|---|--|
| Nombre: | | Apellido: | | Inicial Segundo Nombre: | |
| Apellido de Soltera: | | Fecha de Nacimiento: | | Número Seguro Social: | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | ¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | En caso de que la respuesta sea no, número de residencia legal: | |
| Teléfono Primario: | | | Teléfono Secundario: | | |
| Correo Electrónico: | | | | | |
| Lengua Materna: | | | Segunda Lengua: | | |
| Dirección Física | | | | | |
| Número y Calle: | | | | Ciudad/Pueblo: | |
| Estado: | | Código Postal | | Número de Teléfono: | |
| Dirección Postal <i>*En caso de ser diferente a la dirección anterior</i> | | | | | |
| Persona de Contacto para la Dirección Postal: | | | | | |
| Número y Calle: | | | | Ciudad/Pueblo: | |
| Estado: | | Código Postal | | Número de Teléfono: | |
| Es posible que necesitemos ponernos en contacto con usted con respecto al estado de su solicitud y/o para solicitar información adicional. ¿Cuál es su método de preferencia para ser contactado? | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo Postal | |
| Sección 2: Preguntas Básicas | | | | | |
| ¿Tiene un diploma de escuela secundaria o un diploma de educación general equivalente? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Ha sido un Hogar proveedor de Cuidado Infantil Grupal/Familiar autorizado anteriormente? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| En caso afirmativo, ¿cuándo? | | | | | |
| ¿Es usted un Asistente a tiempo completo de algún otro Hogar proveedor de Cuidado Infantil Familiar? | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| En caso afirmativo: | | | | | |
| Nombre del Proveedor | | | | | |
| Dirección | | | | | |
| ¿Es usted un Asistente de Emergencia para algún otro Hogar proveedor de Cuidado Infantil Familiar? | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| En caso afirmativo: | | | | | |
| Nombre del Proveedor | | | | | |
| Dirección | | | | | |

Solicitud Universal de Cuidado Infantil: Hogares de Cuidado Infantil Familiar,
Grupales, Exentos de Licencia

Enumere cualquier experiencia/capacitación en el cuidado de niños menores de seis (6) años de edad.
Adjunte certificados y documentación.

| Capacitación/Certificado | Fecha de Realización | Fecha de Expiración |
|--------------------------|----------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¿Cuenta con historial/tratado por abuso de alcohol o drogas? Sí No

Por favor, escriba todas las direcciones donde ha vivido en los últimos cinco (5) años

| Número y Calle | Ciudad/Pueblo | Estado | Código Postal | Fechas en que vivió ahí |
|----------------|---------------|--------|---------------|-------------------------|
| | | | | a |
| | | | | a |
| | | | | a |
| | | | | a |
| | | | | a |
| | | | | a |

Sección 3: Operación del Programa

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|--|---------------|
| Edades con las que ha trabajado | Bebe (6 semanas - 18 meses.) <input type="checkbox"/> | Infante (18 meses. - 35 meses.) <input type="checkbox"/> | Preescolar (3 - 5 años.; no Kínder) <input type="checkbox"/> | Edad Escolar (5 años en Kínder - 16 años.) <input type="checkbox"/> | | | |
| Capacidad Prevista: | | | | | | | |
| Horario de Operaciones | | | | | | | |
| | Domingo | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
| Desde: | | | | | | | |
| Hasta: | | | | | | | |
| Por favor, marque todos los meses en que su programa está en funcionamiento | <input type="checkbox"/> Enero | <input type="checkbox"/> Febrero | <input type="checkbox"/> Marzo | <input type="checkbox"/> Abril | <input type="checkbox"/> Mayo | <input type="checkbox"/> Junio | |
| | <input type="checkbox"/> Julio | <input type="checkbox"/> Agosto | <input type="checkbox"/> Septiembre | <input type="checkbox"/> Octubre | <input type="checkbox"/> Noviembre | <input type="checkbox"/> Diciembre | |
| Días Feriados y Cierres | | | | | | | |
| <i>En el espacio a continuación, enumere todos los días feriados y de cierre que ha planeado anualmente. (Ejemplo: Día del Trabajo, Día de la Independencia, etc.)</i> | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Parte 2: Concesión de Licencias

Requisito para los solicitantes que solicitan una licencia de cuidado infantil nueva o una renovación.

Por favor, asegúrese de revisar la **Lista de Verificación de Solicitudes para Renovación y Nuevas - Concesión de Licencias de Cuidado Infantil del DHS** al final de la Parte 2. Es una lista completa de la documentación requerida para presentar una solicitud de licencia completa. Para cualquier pregunta adicional, por favor escriba al correo electrónico: DHS.ChildCareLicensing@DHS.ri.gov.

Sección 1: Solicitud de Renovación de Licencia

SOLO complete la Sección 1 si está renovando su licencia de cuidado infantil.

| | |
|-----------------------------|--|
| Número de Licencia del DHS: | |
| ID de Proveedor del DHS: | |

Sección 2: Información Adicional del Hogar

| | | | |
|--|---|-----------------------------|---|
| ¿El hogar es abastecido por un suministro público de agua pública? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Es usted dueño de la casa? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Nombre del Propietario <i>(si corresponde)</i> | Teléfono del Propietario <i>(si corresponde)</i> | | |

Sección 3: Miembros en el Hogar

| Información del Cónyuge/Pareja | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|---------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Apellido | Nombre | Fecha de Nacimiento | | | Sexo | | | |
| | | DD | MM | Año | M | F | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Segundo Nombre | Apellido de Soltera/Otro | Número de Seguro Social | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | - - | | | | | | |
| Información de los Niños <i>(Por favor enumere a todos los niños, independientemente de su edad, que viven en su hogar)</i> | | | | | | | | |
| Apellido | Nombre | Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento | | | Sexo | | |
| | | | DD | MM | Año | M | F | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Miembros Adicionales del Hogar | | | | | | | | |
| Apellido Apellido de Soltera/Otro | Nombre | Segundo Nombre | Fecha Nacimiento | | | Sexo | | Relación con el Solicitante |
| | | | DD | MM | Año | M | F | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Sección 3: Miembros en el Hogar

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Sección 4: Información de los Miembros Adicionales del Hogar

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Salud y Bienestar de los Miembros del Hogar | | |
| Tiene usted y TODOS los miembros de su hogar: | Sí | No |
| ¿Buena salud física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Buena salud mental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ausencia total de enfermedades transmisibles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Información de los Miembros Adicionales del Hogar | | |
| Tiene usted y TODOS los miembros de su hogar: | Sí | No |
| ¿Alguna participación previa en DCYF, incluyendo libertad condicional juvenil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, por favor explique: | | |
| | | |
| ¿Alguna vez ha sido arrestado, acusado por la policía o procesado, acusado o condenado por algún delito? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, por favor explique: | | |
| | | |

Sección 5: Plan para Asistentes

Nota: Según sea necesario, cada asistente/asistente de emergencia debe completar una Solicitud para Asistente de Hogar de Cuidado Infantil Grupal/Familiar.

| Asistentes | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|----------------|------------------|----|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Apellido Apellido Soltera/Otro | Nombre | Segundo Nombre | Fecha Nacimiento | | | Sexo | | Número de Seguro Social |
| | | | DD | MM | Año | M | F | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Sección 5: Plan para Asistentes

Nota: Según sea necesario, cada asistente/asistente de emergencia debe completar una Solicitud para Asistente de Hogar de Cuidado Infantil Grupal/Familiar.

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Asistente de Emergencia

Se requieren dos (2) asistentes de emergencia para cada Hogar de Cuidado Infantil Familiar. Por favor, enumere los nombres de dos (2) personas que estarán disponibles en caso de emergencia.

| Apellido Apellido Soltera/Otro | Nombre | Segundo Nombre | Fecha Nacimiento | | | Sexo | | Número de Seguro Social |
|-----------------------------------|--------|-------------------|------------------|----|-----|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | | | MM | DD | Año | M | F | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Sección 6: Empleo Actual

¿Se encuentra usted actualmente trabajando? Sí No

En caso afirmativo, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del Empleador: _____ Cargo: _____

Número y Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Número Telefónico: _____

Horario de Trabajo:

| | Domingo | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|--------|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| Desde: | | | | | | | |
| Hasta: | | | | | | | |

Sección 7: Programa de Asistencia de Cuidado Infantil (CCAP, por sus siglas en inglés)

El programa CCAP puede subsidiar el costo del cuidado infantil para las familias que residentes del Estado de Rhode Island. Los programas que aceptan el CCAP proporcionan a los niños y las familias que lo requieren la oportunidad de tener acceso a cuidado infantil de alta calidad y educación temprana.

Por favor, seleccione UNA de las siguientes opciones

DESEO aplicar para ser Proveedor del CCAP y, al firmar a continuación y **enviar la parte 3** de esta solicitud, elijo optar por el programa del CCAP y todos los incentivos relacionados.

NO DESEO aplicar para ser Proveedor del CCAP y, al firmar a continuación, elijo no optar por el programa del CCAP y todos los incentivos relacionados.

Sección 8: Reconocimiento de recibir la información

POR FAVOR, ANTES DE FIRMAR LEA CUIDADOSAMENTE:

Según la ley (RIGL 42-72.1), toda la información proporcionada en este formulario de solicitud o en cualquier declaración que acompañe a esta solicitud debe ser verídica. Cualquier declaración falsa o engañosa podría ser causal del rechazo o revocación de su Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Grupal/ Familiar.

He leído y comprendo las Regulaciones para la Concesión de Licencias de Hogar de Cuidado Infantil Grupal/ Familiar del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Rhode Island. Mi firma a continuación da fe de mi voluntad de cumplir con estas regulaciones al ser portador de una licencia como Proveedor de Hogar de Cuidado Infantil de Grupal/Familia.

Autorizo a la Oficina de Concesión de Licencias de Cuidado Infantil a obtener todos los registros conservados por el Departamento y la Oficina del Fiscal General, División de Identificación Criminal.

Entiendo que mi casa será inspeccionada para determinar el cumplimiento de las Regulaciones para la Concesión de Licencias de Hogar de Cuidado Infantil Grupal/ Familiar.

Por la presente, certifico que toda la información contenida en esta solicitud es verídica a mi leal saber y entender.

Nombre con Letra Imprenta del Solicitante

Título del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha

Lista de Verificación para Nuevas Solicitudes y Renovaciones

A partir del lunes 28 de octubre de 2019, las siguientes tarifas y formularios deben presentarse al Departamento de Servicios Humanos como se detalla a continuación. Para cualquier pregunta o consulta adicional, escriba al correo electrónico: DHS.ChildCareLicensing@dhs.ri.gov

Costos de Solicitudes

Por favor, tenga en cuenta que las tarifas no son reembolsables y se deben pagar por todas las nuevas licencias, renovaciones de licencias y cambios de dirección.

Se han establecido las siguientes tarifas según el tipo de solicitud:

- Cambio de Dirección - **\$100**
- Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Familiar (Nueva) - **\$100**
- Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Familiar (Renovación) - **\$100**
- Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Familiar Grupal - **\$250**

Cargos Adicionales

Además de las tarifas por Solicitud, las siguientes personas para **Hogares de Cuidado Infantil Familiar Y Hogares de Cuidado Infantil Familiar Grupal** deben pagar una tarifa de diez dólares (\$10.00) por cada solicitud de Autorización del Departamento:

- Proveedores
- Asistente(s)
- Asistente de Emergencia

Todas las Tarifas deben Pagarse a Nombre de: Rhode Island General Treasury

Envíe por Correo Postal de Solicitudes y Tarifas

Las solicitudes y tarifas deben ser enviadas por correo postal a:

Rhode Island Department of Human Services
Office of Child Care Licensing Team
25 Howard Avenue, Building 57, 4th Floor
Cranston, RI 02920

Verificación de Antecedentes y Huellas Digitales

Todos los solicitantes y proveedores, incluyendo (1) Centros y Programas para Edad Escolar, (2) Proveedores de Hogares de Cuidado Infantil Familiar, miembros del hogar y todos los asistentes asociados, y (3) Proveedores de Hogares de Cuidado Infantil Grupal Familiar, miembros del hogar y todos los asociados asistentes, deben someterse a una verificación exhaustiva de antecedentes cada CINCO años. Se les invita a todos a ir a la oficina del Fiscal General del Estado de Rhode Island para la toma de sus huellas digitales. La oficina del Fiscal General se encuentra en **Pastore Center en 4 Howard Avenue en Cranston. El precio por la verificación de antecedentes y de huellas digitales es de \$ 40.00** y el pago puede realizarse con tarjeta de crédito, tarjeta de débito, cheque o giro postal. Para más información, llame a la **oficina del Procurador General al teléfono 401-274-4400.**

Requisitos de Solicitud para la Acreditación de Hogares de Cuidado Infantil Familiar y Hogares de Cuidado Infantil Grupal Familiar

SOLO NUEVOS SOLICITANTES

CADA PERSONA debe presentar (esto incluye a Solicitantes, Asistentes de Emergencia y Asistentes)

- Solicitud (*Parte 1 y Parte 2 de este documento*)
- Formulario de referencia del médico * **Solo original**: NO se aceptarán fotocopias.
- Resultados de huellas digitales de (1) el proveedor, (2) asistente(s) de emergencia, (3) asistente (s) si corresponde, y de (4) todas las personas que residen en el hogar que tienen 18 años o más. * Debe enviarse con todas las solicitudes **nuevas y de renovación**. Se debe haber realizado en los últimos 5 años o se debe obtener uno nuevo.
- Declaración jurada de antecedentes penales * Notarizada*. Original solamente: NO se aceptan fotocopias.
- Declaración jurada de historial laboral * Notarizada*. Original solamente: NO se aceptan fotocopias.
- Vacuna DPT (**Tdap** -por sus siglas en Ingles)
- Vacuna SRP (**MMR** – siglas en Ingles / no se requiere si nació antes de 1957)
- Vacuna contra la varicela (no se requiere si nació antes de 1980)
- Vacunación contra la gripe (debe presentar la vacuna más reciente si no es época de gripe)
- Tarifas de Autorización del Servicio de Protección Infantil (\$10 cada una)

Además, el SOLICITANTE también debe presentar:

- Tarifa de Solicitud
 - o Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Familiar (Nueva) - \$100
 - o Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Familiar (Renovación) - \$100
 - o Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Familiar Grupal - \$250
- Copia del Diploma de Educación General o diploma de escuela secundaria.
- Curso de CPR pediátrico aprobado recientemente (NO se acepta si se realiza en línea) y capacitación en primeros auxilios (se acepta si se realiza en línea) - * Copia del frente y parte de atrás de la tarjeta.
- Certificado de Orientación del DHS (capacitación de 3 horas, válida por un año a partir de la fecha de orientación)
- Programa de Cuidado Infantil Familiar y Capacitación de Orientación "*First Steps*" aprobado (*mínimo de 21 horas*)
- Formulario de Permiso de Propietario **Notarizado** o Prueba de ser propietario de la Vivienda
- Informe de Seguridad del Plomo
- Informe de Seguridad del Radón.
- Inspección Estatal del Inspector de Incendios.
- Seguro de Responsabilidad Civil con Capacidad de Cobertura.
- Plan de Evacuación de Emergencia (*consulte Regulaciones para la Concesión de Licencias de Hogar de Cuidado Infantil Familiar, Archivo de Normas de Emergencia (2019) Sección 2.3.3.U.1, Regulaciones para la Concesión de Licencias de Hogar de Cuidado Infantil Grupal Familiar, Archivo de Normas de Emergencia (2019), Sección 7.3.3.U.1*)

Además, cualquier Asistente(s) también debe presentar:

- Curso de RCP pediátrico aprobado recientemente (NO se acepta si se realiza en línea) y capacitación en primeros auxilios (se acepta si se realiza en línea) - * Copia del frente y dorso del carné.

| Requisitos de Solicitud de Renovación para la Acreditación de Hogares de Cuidado Infantil Familiar y Hogares de Cuidado Infantil Grupal Familiar | |
|--|--|
| SOLO SOLICITANTES DE RENOVACIÓN | |
| CADA PERSONA debe presentar (esto incluye a Solicitantes, Asistentes de Emergencia y Asistentes) | |
| <input type="checkbox"/> Solicitud (<i>Parte 1 y Parte 2 de este documento</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Formulario de referencia del médico * Solo original: NO se aceptan fotocopias. | |
| <input type="checkbox"/> Resultados de huellas digitales de (1) el proveedor, (2) asistente(s) de emergencia, (3) asistente (s) si corresponde, y de (4) todas las personas que residen en el hogar y tienen 18 años o más. * Debe enviarse con todas las solicitudes nuevas y de renovación. Se debe haber realizado en los últimos 5 años o se debe obtener uno nuevo. | |
| <input type="checkbox"/> Declaración jurada de antecedentes penales * Protocolizada. Original solamente: NO se aceptan fotocopias. | |
| <input type="checkbox"/> Declaración jurada de historia laboral * Protocolizada. Original solamente: NO se aceptan fotocopias. | |
| <input type="checkbox"/> Vacunación contra la gripe (debe presentar la vacuna más reciente si no es época de gripe) | |
| <input type="checkbox"/> Tarifas de Autorización del Servicio de Protección Infantil (\$10 cada una) | |
| Además, el SOLICITANTE también debe presentar: | |
| <input type="checkbox"/> Tarifa de Solicitud <ul style="list-style-type: none">o Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Familiar (Renovación) - \$100o Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Familiar Grupal - \$250 | |
| <input type="checkbox"/> Curso de CPR pediátrico aprobado recientemente | |
| <input type="checkbox"/> Formulario de Permiso de Propietario Protocolizado o Prueba de ser propietario de la Vivienda | |
| <input type="checkbox"/> Informe de Seguridad del Plomo | |
| <input type="checkbox"/> Informe de Seguridad del Radón. | |
| <input type="checkbox"/> Inspección del Inspector de Incendios Estatal. | |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Responsabilidad Civil con Capacidad de Cobertura. | |
| <input type="checkbox"/> Plan de Evacuación de Emergencia (<i>consulte Regulaciones para la Concesión de Licencias de Hogar de Cuidado Infantil Familiar, Archivo de Normas de Emergencia (2019) Sección 2.3.3.U.1, Regulaciones para la Concesión de Licencias de Cuidado Infantil Grupal Familiar, Archivo de Normas de Emergencia (2019), Sección 7.3.3.U.1</i>) | |
| Además, cualquier Asistente(s) también debe presentar: | |
| <input type="checkbox"/> Curso de CPR pediátrico aprobado recientemente (NO se acepta si se realiza en línea) y capacitación en primeros auxilios (se acepta en línea) - * Copia del frente y dorso del carné. | |

Los formularios estarán disponibles para los nuevos solicitantes al completar la Orientación para Nuevos Proveedores. Para obtener información sobre cómo registrarse para la Orientación para Nuevos Proveedores o cualquier pregunta adicional, comuníquese con la Unidad de Concesión de Licencias al correo electrónico DHS.ChildCareLicensing@dhs.ri.gov o al teléfono 401-462-3009.

El DHS enviará a los solicitantes de renovación los formularios requeridos al menos 6 meses antes de la fecha de vencimiento de la licencia. Para cualquier pregunta adicional, comuníquese con la Unidad de Concesión de Licencias al correo electrónico DHS.ChildCareLicensing@dhs.ri.gov o 401-462-3009.

ATENCIÓN:

Ha completado la sección de Licencia de Cuidado Infantil de la Solicitud.

 Si desea convertirse en un proveedor del CCAP o para RENOVAR su certificación como proveedor del CCAP, complete la Parte 3 de esta solicitud.

Parte 3: Proveedor del CCAP

Requerido para los solicitantes que desean convertirse en un **NUEVO** proveedor del CCAP o **RENOVAR** su certificación del CCAP actual, incluyendo los solicitantes de Hogares de Cuidado Infantil Grupal/ Familiar y los Exentos de Licencia

Si alguno de los siguientes documentos falta en la solicitud, la decisión sobre su solicitud de convertirse en un nuevo proveedor del CAP o renovar su certificación como proveedor del CCAP se retrasará.

Una solicitud completa de CCAP contiene los siguientes documentos de la Parte 3:

- CCPR** - La solicitud debe estar firmada y fechada
- CCPR-IPA** - El acuerdo de proveedor individual debe estar firmado, fechado y protocolizado
- W-9** - Necesita estar completa, firmada y fechada

Los solicitantes también deben presentar copias de lo siguiente:

- Identificación con Foto
- Carné de Seguro Social
- Certificado de Nacimiento, Pasaporte o Certificado de Naturalización (para ciudadanos estadounidenses)
- Prueba de Estatus Legal de Inmigración (para ciudadanos no estadounidenses)
- Certificado de calificación de BrightStars, si corresponde.

Los requisitos adicionales para los proveedores **exentos de licencia** incluyen el envío de copias de:

- Factura telefónica actual con nombre, dirección y número de teléfono en la factura
- Factura actual de servicios públicos: factura de gas o electricidad o, si se incluye en el alquiler, una copia del contrato de arrendamiento que indica que los servicios públicos están incluidos.
- Copia del Certificado de Salud y Seguridad
- Verificaciones Completas de Antecedentes Penales para cada miembro del hogar que tenga dieciocho (18) años o más
- Verificación de la relación con los niños bajo su cuidado.

Nota: Si se aprueba su solicitud, los nuevos proveedores recibirán una carta de aprobación e instrucciones para asistir a una clase de capacitación obligatoria. Espere treinta (30) días para que la Oficina de Cuidado Infantil procese su solicitud del CCAP.

| Sección 1: Información General | |
|--|--|
| | |
| Nombre del Proveedor de Cuidado Infantil | ID del DHS CCAP del Proveedor <i>(Si Aplica)</i> |
| En lugar de emitir sus cheques de reembolso bajo el número de seguro social que usted proporcionó en la página 1 de esta solicitud, ¿prefiere que lo hagamos bajo el número de FEIN de negocio? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, FEIN #: _____ |

| Sección 2: Términos y Condiciones de Pago |
|---|
| TODOS LOS SOLICITANTES: LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR |
| <p>Estoy de acuerdo en aceptar el pago basado en la autorización del DHS por una semana completa, así como una tarifa de tres cuartos de semana, media semana o cuarto de semana, como pago por completo y entiendo que cualquier servicio que brinde más allá de las horas autorizadas será responsabilidad de los padres.</p> <p>Estoy de acuerdo en inscribir a todos los niños que reciben asistencia del CCAP utilizando el Portal para Proveedores al recibir un Número de Certificado del CCAP y un Acuerdo de Inscripción Padre/Proveedor firmado.</p> <p>El departamento reembolsará los servicios de cuidado infantil prestados a niños elegibles por el CCAP de acuerdo con el tiempo autorizado para cada niño individualmente de acuerdo con la tasa de reembolso establecida por ley para su tipo específico de proveedor de cuidado infantil. Además, acepto mantener registros de asistencia por escrito semanalmente para todos los niños del DHS por un período de al menos tres años y ponerlos a disposición a solicitud del DHS o su designado.</p> <p>Estoy de acuerdo en proporcionar cuidado infantil de manera no discriminatoria.</p> <p>Por la presente certifico que toda la información que he proporcionado y escrito es verídica según mi leal saber y entender. También acepto notificar a la Oficina de Cuidado Infantil para la Gestión de Proveedores del CCAP al teléfono 401-4626877 o por correo electrónico DHS.ChildCare@dhs.ri.gov. La Oficina de Cuidado Infantil actualizará el Directorio de Proveedores.</p> <p>Entiendo la sanción que resulta de retener información o dar información falsa. Por la presente, certifico que toda la información que he dado y escrito es verídica y correcta a mi leal saber y entender.</p> <p><i>Entiendo que el DHS <u>NO</u> me reembolsará por el cuidado infantil que proporcione a ningún niño que viva en mi hogar.</i></p> |

| | |
|---|---------------------|
| | |
| Firma del Solicitante | Fecha |
| | |
| Nombre en Letra Imprenta | Cargo/Título |
| | |
| Nombre en Letra Imprenta del Testigo | Fecha |
| | |
| Firma del Testigo | |

Sección 3: Certificado de Proveedor Exento de Licencia

SOLO PROVEEDORES EXENTOS DE LICENCIA: LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

Los Proveedores de Cuidado Infantil Sin Licencia Aprobados por el DHS deben:

- Ser residente actual del Estado de Rhode Island
- Tener veintiún (21) años de edad o más
- Tener un teléfono que funcione
- Tener una dirección de correo electrónico válida
- Informar sus Ingresos de Trabajo por Cuenta Propia al proporcionar cuidado infantil a:
 - Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) si supera los \$600 anuales
 - Oficina de Bienestar (RI Works, SNAP, Asistencia Médica)
 - Administración del Seguro Social (SSI, RSDI)
 - Si usted recibe Pagos por Discapacidad, debe proporcionar una declaración médica que indique que está en condiciones de proporcionar atención adecuada y segura a los niños.
- Vivir en un hogar diferente del niño por el cual recibe pagos del CCAP
- Demostrar que tiene una residencia estable. No puede ser un huésped en la casa de alguien; e
- Informar a todas las personas que viven en su hogar. Ellos también deben contar con las siguientes autorizaciones:
 - Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF, por sus siglas en inglés),
 - Autorización del Servicio de Protección Infantil (CPS, por sus siglas en inglés), y
 - Verificación exhaustiva de antecedentes penales de la Oficina del Fiscal General.

Los proveedores sin licencia no pueden cuidar a más de seis (6) niños y deben estar relacionados con ellos. Para recibir el pago por cuidado infantil, el proveedor debe comprobar su relación con todos los niños bajo su cuidado presentando certificados de nacimiento y licencias de matrimonio según sea necesario. Los grados aceptables de relación para el CCAP se limitan a abuelos, bisabuelos, tías, tíos, tías abuelas, tíos abuelos y hermanos mayores de edad.

Al firmar a continuación, acuso de recibo y comprendo que debo cumplir los requisitos anteriores.

Firma del Solicitante

Fecha

Solicitud Universal de Cuidado Infantil: Hogares de Cuidado Infantil Familiar, Grupales, Exentos de Licencia

- Formulario 1099-INT (interés ganado o pagado).
- Formulario 1099-DIV (dividendos, incluyendo aquellos provenientes de acciones o fondos mutuos).
- Formulario 1099-MISC (diferentes tipos de ingresos, premios, recompensas o ingresos brutos).
- Formulario 1099-B (ventas de acciones o fondos mutuos y ciertas otras transacciones de corredores).
- Formulario 1099-S (ingresos de transacciones de bienes inmuebles).
- Formulario 1099-K (transacciones efectuadas por medio de tarjetas mercantiles y aquellas efectuadas por una red de terceros).
- Formulario 1098 (intereses hipotecarios), 1098-E (intereses de préstamos estudiantiles), 1098-T (matrícula).
- Formulario 1099-C (cancelación de deudas).
- Formulario 1099-A (adquisición o abandono de bienes asegurados).

Use el Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) solo si usted es una persona de los EE.UU. (incluyendo a un extranjero residente) para proveer su TIN correcto.

Si usted no le provee el Formulario W-9(SP) al solicitante con un TIN, usted podría estar sujeto a la retención adicional. Vea ¿Qué es la retención adicional?, más adelante.

Al firmar el formulario completado, usted:

1. Certifica que el TIN que está facilitando es correcto (o está esperando que se le asigne un número);
2. Certifica que no está sujeto a la retención adicional de impuestos; o
3. Reclama una exención de la retención adicional si es un beneficiario exento de los Estados Unidos. Si le corresponde, también certifica que, como persona de los EE.UU., todo ingreso procedente de su participación asignable en una sociedad colectiva, de comercio o negocio estadounidense no está sujeto al impuesto retenido sobre la participación de socios extranjeros en los ingresos efectivamente relacionados; y
4. Certifica que el (los) código(s) para FATCA anotado(s) en este formulario (si alguno) indicando que está exento de declarar conforme a FATCA es (son) correcto(s). Vea ¿Qué es la declaración conforme a FATCA?, más adelante, para más información.

Nota: Si usted es una persona de los EE.UU. y un solicitante le da un formulario que no sea el Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) para solicitar su TIN, usted tiene que usar el formulario del solicitante si es considerablemente similar a este Formulario W-9(SP) (o al Formulario W-9, en inglés).

Definición de persona de los Estados Unidos. Para propósitos tributarios federales, a usted se le considera ser una persona de los EE.UU. si es:

- Un individuo que es ciudadano de los EE.UU. o extranjero residente de los EE.UU.;
- Una sociedad colectiva, sociedad anónima, compañía o asociación creada u organizada en los EE.UU. o conforme a las leyes de los EE.UU.;
- Un caudal hereditario (que no sea un caudal hereditario extranjero); o
- Un fideicomiso doméstico (como se define en la sección 301.7701-7 del Reglamento).

Reglas especiales para las sociedades colectivas. Conforme a la sección 1446, a las sociedades colectivas que desempeñen actividades comerciales o de negocios en los Estados Unidos, por lo general, se les requiere pagar un impuesto de retención del ingreso tributable sobre la participación asignable de todo socio extranjero procedente de dichas actividades comerciales o de negocio. Además, en ciertos casos en que no se ha recibido un Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés), las reglas conforme a la sección 1446 requieren que una sociedad colectiva que dé por hecho que el socio es una persona extranjera pague el impuesto de retención conforme a la sección 1446. Por lo tanto, si usted es una persona de los EE.UU. que es socio de una sociedad colectiva que desempeña actividades comerciales o de negocios en los Estados Unidos, provéale el Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) a la sociedad colectiva para establecer su condición de estadounidense y evitar la retención conforme a la sección 1446 sobre su participación de ingresos de la sociedad.

En los casos a continuación, las siguientes personas tienen que entregarle el Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) a la sociedad colectiva para propósitos de establecer su condición de estadounidense y evitar la retención sobre su participación asignable de los ingresos netos procedentes de la sociedad colectiva que desempeña comercio o negocios en los Estados Unidos.

- En el caso de una entidad no considerada como separada de su dueño con un dueño estadounidense, el dueño estadounidense de una entidad no considerada como separada de su dueño y no la entidad en sí;
- En el caso de un fideicomiso cesionista con un cesionista u otro dueño estadounidense, por lo general, el cesionista u otro dueño estadounidense de un fideicomiso cesionista y no el fideicomiso en sí; y
- En el caso de un fideicomiso estadounidense (que no sea un fideicomiso cesionista), el fideicomiso estadounidense (que no sea un fideicomiso cesionista) y no los beneficiarios del fideicomiso.

Persona extranjera. Si es una persona extranjera o una sucursal estadounidense de un banco extranjero que ha optado por ser tratado como persona de los EE.UU., no use el Formulario W-9(SP) (ni el Formulario W-9, en inglés). En su lugar, use el Formulario W-8, en inglés, correspondiente o el Formulario 8233 (vea la Publicación 515, *Withholding of Tax on Nonresident Aliens and Foreign Entities* (Retención del impuesto a extranjeros no residentes y entidades extranjeras), en inglés).

Extranjero no residente que se convierte en extranjero residente. Por lo general, solo un individuo extranjero no residente puede usar los términos de un tratado tributario para reducir o eliminar impuestos estadounidenses sobre ciertas clases de ingresos. Sin embargo, la mayoría de los tratados tributarios contienen una disposición conocida como "cláusula restrictiva". Las excepciones indicadas en la cláusula restrictiva pueden permitir que una exención del impuesto continúe para ciertas clases de ingresos aun después de que el beneficiario de otra manera se haya convertido en extranjero residente de los EE.UU. para propósitos tributarios.

Si es extranjero residente de los EE.UU. que depende de una excepción contenida dentro de una cláusula restrictiva de un tratado tributario para reclamar una exención del impuesto estadounidense sobre ciertas clases de ingresos, tendrá que adjuntar una declaración al Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) que especifique las cinco partidas siguientes:

1. El país con el tratado tributario. Por lo general, este tiene que ser el mismo tratado conforme al cual usted reclamó exención del impuesto como extranjero no residente.
2. El artículo del tratado donde se aborda el ingreso.
3. El número del artículo (o su ubicación) dentro del tratado tributario que contiene la cláusula restrictiva y sus excepciones.
4. La clase y la cantidad de ingreso que reúne los requisitos para la exención del impuesto.
5. Suficientes hechos para justificar la exención del impuesto conforme a los términos del artículo del tratado.

Ejemplo. El Artículo 20 del tratado tributario sobre los ingresos entre los EE.UU. y China permite una exención del impuesto para el ingreso de una beca recibida por un estudiante chino que se encuentre temporalmente en los Estados Unidos. Conforme a la ley estadounidense, este estudiante se convertirá en extranjero residente para propósitos tributarios si su estadía en los Estados Unidos supera los 5 años naturales. Sin embargo, el párrafo 2 del primer Protocolo al tratado entre los EE.UU. y China (fechado el 30 de abril de 1984) permite que las disposiciones del Artículo 20 continúen vigentes aun después de que el estudiante chino se convierta en extranjero residente de los Estados Unidos. Un estudiante chino que reúne los requisitos para esta excepción (conforme al párrafo 2 del primer Protocolo) y está contando con esta excepción para reclamar una exención del impuesto sobre el ingreso de su beca o beca de investigación, adjuntaría a su Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) una declaración que incluya la información descrita anteriormente para apoyar esa exención.

Si es extranjero no residente o una entidad extranjera, entréguele al solicitante el Formulario W-8 correspondiente o el Formulario 8233 que ha sido completado, ambos en inglés.

Retención adicional

¿Qué es la retención adicional? Las personas que le hacen ciertos pagos tienen que, bajo ciertas condiciones, retener y pagarle al *IRS* un porcentaje (24%) de dichos pagos. A esto se le llama "retención adicional". Los pagos que pueden estar sujetos a la retención adicional incluyen los de intereses, intereses no sujetos a impuestos, dividendos, transacciones de corredores y de trueques, alquileres, regalías, compensación que no sea de empleado, pagos hechos en liquidación de transacciones efectuadas con tarjetas de pago y aquellas efectuadas por una red de terceros y ciertos pagos de operadores de barcos pesqueros. Las transacciones de bienes inmuebles no están sujetas a la retención adicional.

No estará sujeto a la retención adicional sobre los pagos que reciba si le provee al solicitante su *TIN* correcto, hace las certificaciones correspondientes y declara todos sus intereses y dividendos tributables en su declaración de impuestos.

Los pagos que reciba estarán sujetos a la retención adicional si:

1. Usted no le provee su *TIN* al solicitante;
2. Usted no certifica su *TIN* cuando se le requiere (vea las instrucciones para la Parte II para más detalles);
3. El *IRS* le informa al solicitante que usted ha provisto un *TIN* incorrecto;
4. El *IRS* le informa que usted está sujeto a la retención adicional porque no declaró todos sus intereses y dividendos en su declaración de impuestos (para intereses y dividendos declarables solamente); o
5. Usted no le certifica al solicitante que no está sujeto a la retención adicional bajo la partida 4, anteriormente (solamente para cuentas con intereses y dividendos declarables que fueron abiertas después de 1983).

Ciertos beneficiarios y pagos están exentos de la retención adicional. Vea **Código de beneficiario exento**, más adelante, y las Instrucciones para el Solicitante del Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) para más información.

Vea también **Reglas especiales para las sociedades colectivas**, anteriormente.

¿Qué es la declaración conforme a FATCA?

La *Foreign Account Tax Compliance Act* (Ley de Cumplimiento Tributario para Cuentas Extranjeras o *FATCA*, por sus siglas en inglés) requiere que las instituciones financieras extranjeras participantes informen sobre todo titular de cuentas de los Estados Unidos que se especifican personas de los Estados Unidos. Ciertos beneficiarios están exentos de declarar conforme a *FATCA*. Vea **Códigos para la exención de la declaración conforme a la ley FATCA**, más adelante, y las Instrucciones para el Solicitante del Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) para más información.

Actualizar su información

Si usted ya no es un beneficiario exento y anticipa recibir pagos declarables en el futuro, tiene que proveerle información actualizada a toda persona a la cual usted se le declaró como un beneficiario exento. Por ejemplo, puede ser que necesite proveer información actualizada si tiene una sociedad anónima tipo C que elige ser tratada como tipo S, o si usted ya no está exento de impuesto. Además, tiene que proveer un Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) nuevo si el nombre o el *TIN* cambia en la cuenta; por ejemplo, si el cesionario de un fideicomiso cesionario fallece.

Multas

El no proveer el *TIN*. Si no le provee su *TIN* correcto al solicitante, usted está sujeto a una multa de \$50 por cada vez que no lo provea, a menos que su falta se deba a una causa razonable y no por negligencia intencional.

Multa civil por dar información falsa con respecto a la retención. Si hace una declaración falsa sin ninguna base razonable que resulta en la no retención adicional del impuesto, estará sujeto a una multa de \$500.

Multa penal por falsificar información. La falsificación intencional de las certificaciones o afirmaciones lo sujetan a multas penales que incluyen sanciones y/o encarcelamiento.

Uso incorrecto del *TIN*. Si el solicitante divulga o usa el *TIN* en violación de la ley federal, el solicitante puede estar sujeto a multas civiles y penales.

Instrucciones Específicas

Línea 1

Usted tiene que anotar el nombre de uno de los siguientes en esta línea; no deje esta línea en blanco. El nombre debe coincidir con el nombre en su declaración de impuestos.

Si el Formulario W-9(SP) es para una cuenta conjunta (que no sea una cuenta mantenida por una institución financiera extranjera (*FFI*)), primero anote y después marque un círculo alrededor del nombre de la persona o entidad cuyo número usted anotó en la Parte I del Formulario W-9(SP). Si usted está proporcionando el Formulario W-9(SP) a una *FFI* para documentar una cuenta conjunta, cada titular de la cuenta que es una persona estadounidense debe proporcionar un Formulario W-9(SP).

a. **Individuo.** Por lo general, anote el nombre que aparece en su declaración de impuestos. Si ha cambiado su apellido sin informar a la Administración del Seguro Social (*SSA*, por sus siglas en inglés) del cambio de nombre, anote su nombre, su apellido como aparece en su tarjeta de Seguro Social y su nuevo apellido.

Nota para solicitante de *ITIN*: Anote su nombre individual tal como fue anotado en la línea 1a de su Formulario W-7(SP) (o Formulario W-7, en inglés). Este también debe ser el mismo nombre que fue anotado en el Formulario 1040/1040A/1040EZ que usted presentó con su solicitud.

b. **Empresario por cuenta propia o *LLC* de un solo miembro.** Anote su nombre tal como aparece en la línea 1 de su Formulario 1040/1040A/1040EZ. Puede anotar el nombre del negocio, nombre comercial o el "Nombre bajo el cual se hace negocios" (*DBA*, por sus siglas en inglés) en la línea 2.

c. **Sociedad colectiva, *LLC* que no es *LLC* de un solo miembro, Sociedad anónima tipo C o Sociedad anónima tipo S.** Anote el nombre de la entidad tal como aparece en la declaración de impuestos de la entidad en la línea 1 y el nombre del negocio, nombre comercial o *DBA* en la línea 2.

d. **Otras entidades.** Anote su nombre tal como se identifica en otros documentos requeridos para los impuestos federales estadounidenses en la línea 1. Este nombre tiene que ser igual al nombre en las escrituras u otros documentos legales que establecieron la entidad. Usted puede anotar el nombre del negocio, nombre comercial o *DBA* en la línea 2.

e. **Entidad no considerada como separada de su dueño.** Para propósitos de los impuestos federales estadounidenses, una entidad no considerada como entidad separada de su dueño es tratada como una "entidad no considerada como separada de su dueño". Vea la sección 301.7701-2(c)(2)(iii) del Reglamento. Anote el nombre del dueño en la línea 1. El nombre de la entidad anotado en la línea 1 nunca debe ser de una entidad no considerada como separada de su dueño. El nombre en la línea 1 debe ser el nombre que aparece en la declaración de impuestos en la cual se debe declarar el ingreso. Por ejemplo, si una compañía de responsabilidad limitada (*LLC*, por sus siglas en inglés) del extranjero que es tratada como una entidad no considerada como separada de su dueño para propósitos de impuestos federales de los EE.UU. tiene un dueño único que es una persona de los EE.UU., se requiere proveer el nombre del dueño estadounidense en la línea 1. Si el dueño directo de la entidad también es una entidad no considerada como separada de su dueño, anote el nombre del primer dueño que no sea considerado como una entidad separada de su dueño para propósitos de los impuestos federales estadounidenses. Anote el nombre de la entidad no considerada como separada de su dueño en la línea 2, "Nombre del negocio/Nombre de la entidad no considerada como separada de su dueño". Si el dueño de la entidad no considerada como separada de su dueño es una persona del extranjero, dicho dueño tiene que completar un Formulario W-8 correspondiente, en inglés, en lugar de un Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés). Este es el caso aun si la persona extranjera tiene un *TIN* estadounidense.

Línea 2

Si usted tiene un nombre de empresa, comercial, *DBA* o de entidad no considerada como separada de su dueño, puede anotar en la línea 2.

Línea 3

Marque el encasillado correspondiente en la línea 3 de la clasificación tributaria federal de los EE.UU. de la persona cuyo nombre se anotó en la línea 1. Marque solo un encasillado en la línea 3. No marque *LLC* si la *LLC* está clasificada como una de un solo miembro que no es considerada separada de su dueño, a menos que el dueño sea otra *LLC* que no es considerada separada de su dueño para propósitos tributarios federales estadounidenses. De lo contrario, una *LLC* de un solo miembro que no es considerada separada de su dueño debe marcar el encasillado correspondiente para la clasificación tributaria de su propietario.

Solicitud Universal de Cuidado Infantil: Hogares de Cuidado Infantil Familiar, Grupales, Exentos de Licencia

| Si la entidad/individuo en la línea 1 es un(a) . . . | ENTONCES marque el encasillado para . . . |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sociedad anónima | Sociedad anónima |
| <ul style="list-style-type: none"> • Individuo, • Empresario por cuenta propia o • Sociedad de responsabilidad limitada (LLC) de un solo miembro propiedad de un individuo y no es considerada como separada de su dueño para propósitos tributarios federales estadounidenses. | Individuo/empresario por cuenta propia o LLC de un solo miembro |
| <ul style="list-style-type: none"> • LLC que se trata como una sociedad colectiva para propósitos tributarios federales estadounidenses, • LLC que ha presentado el Formulario 8632 o el Formulario 2553 para pagar impuestos como una sociedad anónima, o • LLC de un solo miembro que no es considerada como separada de su dueño, pero el dueño es otra LLC que es considerada separada de su dueño para propósitos tributarios federales estadounidenses. | Sociedad de responsabilidad limitada e ingrese la clasificación tributaria apropiada. (P=Sociedad colectiva; C=Sociedad anónima tipo C; o S=Sociedad anónima tipo S) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sociedad colectiva | Sociedad colectiva |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fideicomiso/caudal hereditario | Fideicomiso/caudal hereditario |

Línea 4, Exenciones

Si usted está exento de la retención adicional y/o de declarar conforme a la ley FATCA, anote en el espacio correspondiente en la línea 4 todo código que pueda aplicarse en su caso.

Código de beneficiario exento.

- Por lo general, las personas (incluidos los dueños únicos) no están exentos de la retención adicional.
- Salvo como se le indique a continuación, las sociedades anónimas están exentas de la retención adicional sobre ciertos pagos, incluidos los intereses y dividendos.
- Las sociedades anónimas no están exentas de la retención adicional sobre pagos hechos en la liquidación de transacciones efectuadas con tarjetas de pago y aquellas efectuadas por una red de terceros.
- Las sociedades anónimas no están exentas de la retención adicional en cuanto a los pagos por honorarios o ganancias brutas hechos a abogados y las sociedades anónimas que proveen servicios médicos o de cuidado de salud no están exentas de la retención adicional en cuanto a los pagos declarables en el Formulario 1099-MISC.

Los siguientes códigos identifican a beneficiarios quienes están exentos de la retención adicional. Anote el código correspondiente en el espacio de la línea 4.

1. Una organización exenta de impuestos conforme a la sección 501(a), todo IRA o una cuenta de custodia conforme a la sección 403(b)(7) si la cuenta satisface los requisitos de la sección 401(f)(2).
2. Los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias o dependencias (instrumentalidades).
3. Un estado, el Distrito de Columbia, un estado libre asociado con los Estados Unidos, un territorio (posesión) de los Estados Unidos o cualquiera de sus subdivisiones políticas o dependencias (instrumentalidades).
4. Un gobierno extranjero o cualquiera de sus subdivisiones políticas, agencias o dependencias (instrumentalidades).
5. Una sociedad anónima.
6. Un comerciante de valores o materias primas al que se le requiere que se registre en los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, un estado libre asociado con los Estados Unidos o un territorio (posesión) de los Estados Unidos.
7. Un comerciante de contratos de futuros sobre mercancías u opciones registrado en la *Commodity Futures Trading Commission* (Comisión de Comercio en Futuros sobre Mercancías).

8. Un fideicomiso de inversiones en bienes inmuebles.
 9. Una entidad registrada en todo momento del año tributario conforme a la *Investment Company Act of 1940* (Ley sobre Compañías de Inversiones de 1940).
 10. Un fondo fiduciario común administrado por un banco conforme a la sección 584(a).
 11. Una institución financiera.
 12. Un intermediario conocido en el campo de inversiones como nominatario o custodio.
 13. Un fideicomiso exento de impuestos conforme a la sección 664 o como se describe en la sección 4947.
- La tabla a continuación muestra las clases de pagos que pueden estar exentos de la retención adicional. La tabla les corresponde a los beneficiarios exentos enumerados anteriormente en las partidas 1 a 13.

| Si el pago es para . . . | ENTONCES el pago está exento para . . . |
|--|--|
| Pagos de intereses y dividendos | Todos los beneficiarios exentos excepto el 7 |
| Transacciones de corredores | Beneficiarios exentos del 1 a 4 y del 6 a 11 y toda sociedad anónima tipo C. Las sociedades anónimas tipo S no pueden anotar un código de beneficiario exento porque solo están exentas por la venta de valores no protegidos adquiridos antes de 2012 |
| Transacciones de trueques y dividendos de patrocinio | Beneficiarios exentos del 1 a 4 |
| Pagos en exceso de \$600 que se requieren ser declarados y ventas directas en exceso de \$5,000 ¹ | Por lo general, beneficiarios exentos del 1 a 5 ² |
| Pagos hechos en liquidación de transacciones efectuadas con tarjetas de pago o aquellas efectuadas por una red de terceros | Beneficiarios exentos del 1 a 4 |

¹ Vea el Formulario 1099-MISC, *Miscellaneous Income* (Ingresos misceláneos) y sus instrucciones, ambos disponibles en inglés.

² Sin embargo, los siguientes pagos hechos a una sociedad anónima y declarables en el Formulario 1099-MISC no están exentos de la retención adicional: pagos médicos y de cuidados de salud, honorarios pagados a abogados, ganancias brutas pagadas a un abogado declarables conforme a la sección 6045(f) y pagos hechos por una agencia federal ejecutiva por servicios recibidos.

Códigos para la exención de la declaración conforme a la ley FATCA. Los siguientes códigos identifican a beneficiarios que están exentos de declarar conforme a la ley FATCA. Estos códigos aplican a personas quienes presentan este formulario que tienen cuentas bancarias fuera de los Estados Unidos en ciertas instituciones financieras extranjeras. Por lo tanto, si solo está presentando este formulario debido a una cuenta que tiene en los Estados Unidos, puede dejar este espacio en blanco. Consulte con la persona quien le está solicitando este formulario si no está seguro de que la institución financiera está sujeta a estos requisitos. El solicitante puede indicar que no se requiere un código al darle un Formulario W-9(SP) con "No aplicable" (o cualquier otra indicación similar) escrito o impreso en la línea para el código de exención de la declaración conforme a la ley FATCA.

- A. Una organización exenta de impuestos conforme a la sección 501(a) o cualquier IRA como se define en la sección 7701(a)(37).
- B. Los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias o dependencias (instrumentalidades).
- C. Un estado, el Distrito de Columbia, un estado libre asociado con los Estados Unidos, un territorio (posesión) de los Estados Unidos o cualquiera de sus subdivisiones políticas o dependencias (instrumentalidades).
- D. Una sociedad anónima cuyas acciones normalmente son negociadas en una o más bolsas de valores establecidas tal como se describe en la sección 1.1472-1(c)(1)(i) del Reglamento.
- E. Una sociedad anónima que es miembro del mismo grupo expandido afiliado tal como una sociedad anónima descrita en la sección 1.1472-1(c)(1)(i) del Reglamento.

Solicitud Universal de Cuidado Infantil: Hogares de Cuidado Infantil Familiar, Grupales, Exentos de Licencia

F. Un comerciante de valores, materias primas o instrumentos financieros derivados (incluyendo contratos principales nominales, de futuros, contratos a término (*forwards*) y opciones) que está registrado como tal conforme a las leyes de los Estados Unidos o cualquiera de sus estados.

G. Un fideicomiso de inversiones en bienes inmuebles.

H. Una compañía de inversiones regulada como se define en la sección 851 o una entidad registrada en todo momento durante el año tributario conforme a la *Investment Company Act of 1940* (Ley sobre Compañías de Inversiones de 1940).

I. Un fondo fiduciario común como se define en la sección 584(a).

J. Un banco como se define en la sección 581.

K. Un corredor de bolsa.

L. Un fideicomiso exento de impuesto conforme a la sección 664 o como se describe en la sección 4947(a)(1).

M. Un fideicomiso exento de impuesto conforme a un plan de la sección 403(b) o un plan de la sección 457(g).

Nota: Quizás quiera consultar con la institución financiera que solicita este formulario para determinar si el código para la exención de la declaración conforme a la ley *FATCA* y/o el código de beneficiario de pago exento deben ser completados.

Línea 5

Anote su dirección (número, calle y número de apartamento o de suite). Aquí es donde el solicitante de este Formulario W-9(SP) le enviará por correo sus declaraciones informativas. Si esta dirección difiere de la que el solicitante ya tiene en el archivo, escriba "NEW" en la parte superior. Si se proporciona una nueva dirección, todavía existe la posibilidad de que la dirección antigua se use hasta que el pagador cambie su dirección en sus registros.

Línea 6

Anote su ciudad, estado y código postal.

Parte I. Número de identificación del contribuyente (TIN)

Anote su **TIN** en el encasillado correspondiente. Si es extranjero residente y no tiene ni reúne los requisitos para obtener un **SSN**, su **TIN** es su número de identificación personal del contribuyente del **IRS** (**ITIN**, por sus siglas en inglés). Anótelos en el encasillado para el número de Seguro Social. Si no tiene un **ITIN**, vea **Cómo obtener un TIN**, más adelante.

Si es empresario por cuenta propia y tiene un **EIN**, puede anotar su **SSN** o su **EIN**.

Si es una **LLC** de un solo miembro que no se considera como entidad separada de su dueño, anote el **SSN** del dueño (o **EIN**, si el dueño lo tiene). No anote el **EIN** de la entidad no considerada como separada de su dueño. Si la **LLC** es clasificada como una sociedad anónima o sociedad colectiva, anote el **EIN** de la entidad.

Nota: Vea **Nombre y número que se le debe dar al solicitante**, más adelante, para mayor aclaración de las combinaciones de nombre y **TIN**.

Cómo obtener un TIN. Si no tiene un **TIN**, solicite uno inmediatamente. Para solicitar un **SSN**, obtenga el Formulario SS-5-SP, Solicitud para una Tarjeta de Seguro Social, de su oficina local de la SSA u obtenga este formulario por Internet en www.SeguroSocial.gov. También puede obtener el formulario llamando al 1-800-772-1213. Use el Formulario W-7(SP), Solicitud de Número de Identificación Personal del Contribuyente del Servicio de Impuestos Internos, para solicitar un **ITIN**, o un Formulario SS-4, *Application for Employer Identification Number*, en inglés, para solicitar un **EIN**. Puede solicitar un **EIN** por Internet visitando www.irs.gov/EIN y pulsando sobre **Español** y, para más información sobre el número de identificación personal del contribuyente (**ITIN**), visite www.irs.gov/ITIN y pulse sobre **Español**.

Visite www.irs.gov/Forms, disponible en inglés, para ver, descargar o imprimir el Formulario W-7(SP) y/o el Formulario SS-4, en inglés. O puede visitar www.irs.gov/OrderForms, en inglés, para hacer un pedido y recibir el Formulario W-7 y/o SS-4 por correo dentro de 10 días laborables.

Si le piden que complete el Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) pero no tiene un **TIN**, solicite uno y anote "Applied For" (Solicitado) en el espacio para el **TIN**, firme y feche el formulario y entrégueselo al solicitante. Para los pagos de intereses y dividendos y ciertos pagos hechos con respecto a instrumentos con facilidad de negociación, por lo general, tendrá 60 días para obtener un **TIN** y proveérselo al solicitante antes de que esté sujeto a la retención adicional sobre los pagos. La regla de los 60 días no le corresponde a otras clases de pagos. Estará sujeto a la retención adicional sobre tales pagos hasta que le provea su **TIN** al solicitante.

Nota: El anotar "Applied For" (Solicitado) significa que ya ha solicitado un **TIN** o que tiene intenciones de solicitar uno pronto.

Precaución: Una entidad de los EE.UU. no considerada como separada de su dueño que tiene dueño extranjero debe usar el Formulario W-8 correspondiente, en inglés.

Parte II. Certificación

Para establecer ante el agente de retención que usted es una persona de los EE.UU. o un extranjero residente, firme el Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés). El agente de retención puede pedirle que firme, aunque la partida 1, 4 ó 5, más adelante, indique lo contrario.

Para una cuenta conjunta, solo la persona cuyo **TIN** aparece en la Parte I deberá firmar (cuando se requiera). En el caso de una entidad no considerada como separada de su dueño, la persona identificada en la línea 1 tiene que firmar. Los beneficiarios exentos deberán ver **Código de beneficiario exento**, anteriormente.

Requisitos para la firma. Complete la certificación tal como se le indica en las partidas 1 a 5 a continuación.

1. Cuentas de interés, dividendos y de trueques abiertas antes de 1984 y cuentas de corretaje consideradas activas durante 1983.

Tiene que proveer su **TIN** correcto, pero no tiene que firmar la certificación.

2. Cuentas de interés, dividendos y de trueques abiertas después de 1983 y cuentas de corretaje consideradas inactivas durante 1983. Tiene que firmar la certificación, de lo contrario, se le aplicará la retención adicional. Si está sujeto a la retención adicional y simplemente le está proporcionando su **TIN** correcto al solicitante, tiene que tachar la partida 2 en la certificación antes de firmar el formulario.

3. Transacciones de bienes inmuebles. Tiene que firmar la certificación. Puede tachar la partida 2 de la certificación.

4. Otros pagos. Tiene que proveer su **TIN** correcto, pero no tiene que firmar la certificación, a menos que se le haya notificado que ha proporcionado un **TIN** incorrecto anteriormente. "Otros pagos" incluyen pagos hechos durante el transcurso del oficio o negocio del solicitante para alquileres, regalías, bienes (que no sean facturas para mercancías), servicios médicos y de cuidados de salud (incluyendo pagos a sociedades anónimas), pagos hechos a un individuo que no es empleado suyo pero que le presta servicios, pagos hechos en liquidación de transacciones efectuadas con tarjeta de pago y por una red de terceros, pagos a ciertos miembros de la tripulación de barcos pesqueros y a pescadores y las ganancias brutas pagadas a abogados (incluyendo los pagos a sociedades anónimas).

5. Intereses hipotecarios pagados por usted, la adquisición o abandono de bienes asegurados, la cancelación de deudas, pagos de un programa que reúne los requisitos para la matrícula (conforme a la sección 529), cuentas **ABLE (conforme a la sección 529A), contribuciones o distribuciones de un **IRA**, **Coverdell ESA**, **Archer MSA** o **HSA** y distribuciones de pensiones.** Tiene que proveer su **TIN** correcto, pero no tiene que firmar la certificación.

Solicitud Universal de Cuidado Infantil: Hogares de Cuidado Infantil Familiar, Grupales, Exentos de Licencia

Formulario W-9(SP) (Rev. 10-2018)

Página **6**

Nombre y número que se le debe dar al solicitante

| Para esta clase de cuenta: | Dar el nombre y SSN de: |
|--|--|
| 1. Individual | El individuo |
| 2. Dos o más individuos (cuenta conjunta que no sea una cuenta mantenida por una FFI) | El verdadero dueño de la cuenta o, si son fondos combinados, el primer individuo en la cuenta ¹ |
| 3. Dos o más personas de los EE.UU. (cuenta conjunta mantenida por una FFI) | Cada titular de la cuenta |
| 4. Cuenta de custodia de un menor de edad (<i>Uniform Gift to Minors Act</i> (Ley Uniforme de Regalos a Menores)) | El menor de edad ² |
| 5. a. El fideicomiso revocable de ahorros normal (el cesionario también es fideicomisario) b. Una supuesta cuenta fiduciaria que no es un fideicomiso legal o válido conforme a la ley estatal | El fiduciario-cesionista ¹ |
| 6. Empresario por cuenta propia o entidad no considerada como separada de su dueño que es propiedad de un individuo | El verdadero dueño ¹ |
| 7. El fideicomiso cesionista que utiliza el método opcional de presentación número 1 del Formulario 1099 (vea la sección 1.671-4(b)(2)(i)(A) del Reglamento) | El dueño ³ |
| | El cesionista* |
| Para esta clase de cuenta: | Dar el nombre y EIN de: |
| 8. Entidad no considerada como separada de su dueño que no es propiedad de un individuo | El dueño |
| 9. Un fideicomiso, caudal hereditario o fideicomiso de pensiones válido | La entidad legal ⁴ |
| 10. Una sociedad anónima o LLC que elige ser tratada como sociedad anónima en el Formulario 8832 o el Formulario 2553 | La sociedad anónima |
| 11. Asociación, club, organización religiosa, caritativa, educativa u otra exenta de impuestos | La organización |
| 12. Sociedad colectiva o LLC de varios miembros | La sociedad colectiva |
| 13. Un corredor de bolsa o nominario registrado | El corredor de bolsa o nominario registrado |
| 14. Cuenta con el Departamento de Agricultura a nombre de una entidad pública (tal como un gobierno estatal o local, distrito escolar o una cárcel) que recibe pagos del programa de agricultura | La entidad pública |
| 15. El fideicomiso cesionista que declara conforme al método de presentación del Formulario 1041 o al método opcional de presentación número 2 del Formulario 1099 (vea la sección 1.671-4(b)(2)(i)(B) del Reglamento) | El fideicomiso |

¹ Añote primero el nombre de la persona cuyo número usted proporcionó y luego marque un círculo alrededor de ese nombre. Si en una cuenta conjunta solo una persona tiene un SSN, el número de esa persona se tiene que proveer.

² Marque un círculo alrededor del nombre del menor de edad y provea el SSN del menor de edad.

³ Tiene que anotar su nombre individual y puede también anotar el nombre de su negocio o DBA en la línea 2. Puede usar su SSN o su EIN (si lo tiene) pero el IRS le recomienda usar su SSN.

⁴ Añote primero el nombre del fideicomiso, caudal hereditario o fideicomiso de pensiones y marque un círculo alrededor del nombre. (No provea el TIN del representante personal o del fideicomisario, a menos que la entidad legal misma no esté designada en el título de la cuenta). Vea también **Reglas especiales para las sociedades colectivas**, anteriormente.

* Nota: El cesionista también tiene que proveerle un Formulario W-9(SP) (o Formulario W-9, en inglés) al fideicomisario.

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad

La sección 6109 del Código de Impuestos Internos requiere que usted provea su TIN correcto a las personas (incluyendo a agencias federales) a quienes se les requiere presentar declaraciones informativas ante el IRS para declarar intereses, dividendos o ciertos otros ingresos pagados a usted; intereses hipotecarios que usted pagó, la adquisición o abandono de bienes asegurados; la cancelación de deudas; o las aportaciones que usted le hizo a un arreglo IRA, Archer MSA o HSA. La persona que recibe este formulario utiliza la información en el formulario para presentar declaraciones informativas ante el IRS que incluyen la información provista. Los usos normales de esta información incluyen darle esta información al Departamento de Justicia para litigio civil o penal y a las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, los estados libres asociados con los Estados Unidos y los territorios (posesiones) de los Estados Unidos para que estos hagan cumplir sus respectivas leyes tributarias. También puede divulgarse esta información a otros países conforme a los tratados tributarios que tengan con los Estados Unidos, a agencias federales o estatales para hacer cumplir las leyes civiles y penales o a las agencias federales encargadas del cumplimiento de la ley o de inteligencia para combatir el terrorismo. Tiene que proveer su TIN independientemente de si usted está obligado a presentar una declaración de impuestos. Conforme a la sección 3406, los pagadores, por lo general, tienen que retener un porcentaje de los intereses, dividendos y ciertos otros pagos sujetos a impuestos hechos al beneficiario que no le facilite un TIN al pagador. También pueden aplicarse ciertas multas por proveer información falsa o fraudulenta.

Nota: Si no se marca un círculo alrededor de ningún nombre cuando se ha anotado más de un nombre, se considerará que el número es del primer nombre anotado.

Proteja sus Registros Tributarios del Robo de Identidad

El robo de identidad ocurre cuando alguien usa su información personal, tal como su nombre, SSN u otra información de identidad sin su permiso para cometer fraude u otras clases de delitos. Un ladrón que roba su identidad puede usar su SSN para obtener empleo o puede presentar una declaración de impuestos para obtener un reembolso.

Para reducir su riesgo:

- Proteja su SSN,
- Asegúrese de que su empleador esté protegiendo su SSN y
- Tenga cuidado al escoger un preparador para la declaración de impuestos.

Si sus registros tributarios son afectados por el robo de identidad y recibe una notificación del IRS, responda inmediatamente a la persona cuyo nombre y número de teléfono aparecen en la carta o en la notificación del IRS.

Si sus registros tributarios no están actualmente afectados por el robo de identidad pero piensa que está en riesgo debido a la pérdida o el robo de una cartera o billetera, una actividad sospechosa en sus tarjetas de crédito o en su informe de crédito, llame al número telefónico para Robo de Identidad del IRS, 1-800-908-4490, o presente el Formulario 14039 (SP) (o Formulario 14039, en inglés).

Para más información, vea la Publicación 5027(SP), Información de Robo de Identidad para los Contribuyentes (o Publicación 5027, disponible en inglés).

Las víctimas del robo de identidad que sufran daños económicos o problemas sistémicos, o que buscan ayuda para resolver problemas tributarios que no han sido resueltos por las vías normales, pueden reunir los requisitos para recibir ayuda del *Taxpayer Advocate Service* (Servicio del Defensor del Contribuyente o TAS, por sus siglas en inglés). Puede comunicarse con el TAS llamando gratuitamente a la línea de admisión de casos del TAS al 1-877-777-4778 o si es usuario del sistema TTY/TDD para personas sordas, con impedimentos auditivos o del habla, al 1-800-829-4059.

Protéjase de correos electrónicos sospechosos o de intentos de fraude electrónico (phishing). El fraude electrónico (phishing) es la creación y uso de correos electrónicos y de sitios web diseñados para imitar mensajes de correo electrónico y sitios web comerciales legítimos. La práctica más común es el envío de correo electrónico a un usuario que falsamente alega ser de una empresa legítima establecida en un intento de timar al usuario para que este divulgue información privada que se usará para el robo de identidad.

El IRS no inicia el contacto con los contribuyentes por medio del correo electrónico. Además, el IRS no solicita información personal detallada por medio del correo electrónico ni les pide a los contribuyentes sus números de identificación personal (PIN, por sus siglas en inglés), contraseñas o información de acceso similar para sus tarjetas de crédito, cuentas bancarias ni otras cuentas financieras.

Si recibe un correo electrónico no solicitado que alega ser del IRS, reenvíe ese mensaje a phishing@irs.gov. También puede dar parte del uso indebido del nombre, logotipo o de otros bienes públicos del IRS al *Treasury Inspector General for Tax Administration* (Inspector General del Tesoro para la Administración Tributaria) al 1-800-366-4484. Puede reenviar los mensajes sospechosos a la *Federal Trade Commission* (Comisión Federal de Comercio o FTC, por sus siglas en inglés) a spam@uce.gov o infórmelos en www.ftc.gov/complaint, y pulse sobre *Español*. Puede comunicarse con el FTC en www.ftc.gov/idtheft y pulse sobre *Vea esta página en español* o al 877-IDTHEFT (877-438-4338). Si ha sido víctima de un robo de identidad, visite www.RobodelIdentidad.gov y vea la Publicación 5027(SP).

Visite www.irs.gov/identitytheft y pulse sobre *Español* para obtener más información sobre el robo de identidad y cómo puede reducir su riesgo.

Acuerdo de proveedor del CCAP
Proveedores de Hogares de Cuidado Infantil Grupal/ Familiar y los Exentos de Licencia

Acuerdo con _____
(Nombre del Proveedor)

un hogar de cuidado infantil grupal/familiar aprobado o un proveedor exento de licencia, ubicado en

(Dirección del Programa)

y suscrito por ambas partes para los fines establecidos en el Código de Normas del Estado de Rhode Island, Párrafo 218 - Departamento de Servicios Humanos, Capítulo 20 - Programas de Apoyo Individual y Familiar, Parte 4 Programa de Asistencia de Cuidado Infantil (218-RICR-20-00- 4), perteneciente al Programa de Asistencia de Cuidado Infantil (en adelante CCAP).

Yo, _____ (en adelante Proveedor), entiendo que, como proveedor
Nombre del Solicitante

aprobado del CCAP, debo cumplir con los términos y condiciones establecidos en este Acuerdo para recibir el pago del DHS por cualquier servicio autorizado de cuidado infantil que preste bajo la revisión del CCAP. Además, entiendo que, por mi parte, el incumplimiento de estos términos y condiciones resultará en la terminación de este Acuerdo y el retiro de mi estatus como Proveedor Aprobado del CCAP.

Por lo tanto, como condición para mantener el estatus de Proveedor aprobado del CCAP:

1. Acepto cumplir con todas las leyes, normas y regulaciones estatales y federales que rigen al CCAP. He recibido una copia de las normas del DHS relacionadas con el CCAP y entiendo que soy responsable de cumplir con los requisitos aplicables establecidos en el mismo.
2. Estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos o estándares establecidos en las leyes, normas o reglamentos federales o estatales aplicables al entorno en el que presto cuidado infantil que son necesarios para conservar:
 - A. Proveedor de Cuidado Infantil con Licencia Estatal.
Acepto notificar a la Oficina de Cuidado Infantil acerca de cualquier acción adversa iniciada contra mi licencia de proveedor de cuidado infantil emitida por el Estado dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que recibo el aviso por escrito de que tal acción se tomó o se tomará.
 - B. Proveedor de Cuidado Infantil Exento de Licencia (cuidado por parentesco)
Acepto notificar a la Oficina de Cuidado Infantil de cualquier persona que se mude a mi hogar dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha en que ocurra el cambio en la composición de mi hogar.
3. Estoy de acuerdo en proporcionar cuidado infantil seguro y apropiado para las diferentes edades y tomado en cuenta las diversas necesidades de los niños bajo mi cuidado.
4. Estoy de acuerdo en aceptar, como pago total, la tarifa pagada por el CCAP por los períodos de cuidado infantil autorizado por el CCAP (según lo determinado por el DHS) que proporciono a un niño elegible que está inscrito para recibir servicios bajo mi cuidado. Entiendo completamente que al establecer la tasa de pago por los servicios que proporciono a niños elegibles para el CCAP, el DHS está obligado por los requisitos establecidos en la ley estatal y que cualquier cambio en la tasa de pago realizado por el DHS debe ser autorizado por la ley estatal en consecuencia, si corresponde.

5. Estoy de acuerdo en ofrecer servicios de cuidado infantil de acuerdo con los requisitos del Párrafo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 usc 2000d et seq.); Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus enmiendas (29 usc 794 et seq.); Párrafo IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 usc 1681 et seq.); las regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos que se encuentran en 45 CFR partes 80 y 84; y las Regulaciones de Implementación del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 CFR, partes 104 y 106), que prohíben la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad o sexo, en la aceptación o provisión de servicios, empleo o tratamiento en programas educativos u otros programas o actividades incorporados aquí como referencia y que forman parte de este acuerdo.
 - Acepto cumplir con todas las demás disposiciones de las leyes aplicables, incluyendo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990; Orden Ejecutiva del Gobernador núm. 96-14, que prohíbe la discriminación por motivos de raza, sexo, edad, origen nacional, orientación sexual o discapacidad; y la Orden Ejecutiva del Gobernador num. 95-11 en relación con el acoso sexual.
 - Certifico a mi leal saber y entender, no estoy actualmente ni he sido/estado en los últimos tres años excluido, suspendido, en trámite de exclusión, declarado no elegible, incumplido, rescindido de cualquier tipo de transacción amparada por cualquier departamento o agencia federal, si corresponde.
6. Estoy de acuerdo en mantener un ambiente libre de humo al proporcionar servicios de cuidado infantil autorizados por el CCAP.
7. Estoy de acuerdo en garantizar que los padres tengan acceso ilimitado a sus hijos mientras estén bajo mi cuidado.
8. Estoy de acuerdo en dar al padre/madre/tutor legal de un niño elegible del CCAP que está inscrito para los servicios bajo mi cuidado, un aviso con un mínimo de siete (7) días de anticipación antes de finalizar los servicios de cuidado infantil, a menos que dicha terminación sea por razones que pondrían al niño elegible del CCAP, a otros niños o a mi personal en riesgo de daño inmediato.
9. Estoy de acuerdo en mantener registros de asistencia diaria para todos los niños elegibles del CCAP inscritos en los servicios bajo mi cuidado. Entiendo que debo conservar estos registros de asistencia diaria, en forma legible, por un período de tres (3) años y, previa solicitud, ponerlos a disposición del DHS y/o su designado para su inspección.
10. Acepto conservar un **Acuerdo de Inscripción de Padres/Proveedores del DHS** firmado para cada niño elegible del CCAP bajo mi cuidado en el mismo lugar que el registro de asistencia del niño. Entiendo que también debo proporcionar una copia del Acuerdo de Inscripción a los padres del niño. Además, entiendo que cualquier cambio en la inscripción de un niño elegible del CCAP requiere que complete y conserve un Acuerdo de Inscripción adicional como parte del registro del niño.
 - Me aseguraré de que cualquier cambio en la inscripción se realice solo con el consentimiento y el conocimiento de los padres del niño elegible del CCAP.
 - También protegeré y restringiré el uso de cualquier código de acceso emitido por el DHS para inscribir a los niños elegibles del CCAP.
11. Estoy de acuerdo en proporcionar un reembolso al padre de un niño elegible del CCAP por cualquier pago realizado por el padre a mí persona por cualquier servicio autorizado que, en una fecha posterior, recibí el pago del DHS. Entiendo que debo hacer un reembolso al padre al recibir el pago del DHS. Además, entiendo que tengo prohibido aplicar dicho reembolso a los copagos que el padre pueda deberme por los servicios de cuidado infantil autorizados por el CCAP que prestaré en una fecha posterior, a menos que el padre me lo solicite expresamente por escrito debido al reembolso

12. Estoy de acuerdo en solicitar el pago al DHS de acuerdo con el Programa establecido por el CCAP de Tarifas Máximas Semanales en vigencia en el momento en que se realiza mi solicitud.
- Al hacer tales solicitudes, presentaré informes de asistencia y documentación quincenal en una forma aceptable para el DHS. Entiendo completamente que el DHS solo realizará el pago por los servicios autorizados del CCAP proporcionados a tiempo (dentro del período del lote.)
 - Además, entiendo que si el DHS realiza un pago que exceda la tarifa o el monto permitido, ya sea debido a algún error de mi parte o del DHS, o por una omisión, tergiversación o fraude, debo hacer un reembolso al DHS de inmediato, previa solicitud, y por el monto del sobrepago. Soy consciente de que el DHS, a su elección, puede compensar el monto del sobrepago contra cualquier solicitud futura que yo pueda hacer de pago del CCAP.
13. Acepto enviar anualmente al DHS mi programa de tarifas publicado, según corresponda.

ACUSO DE RECIBO Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

He leído las Leyes Generales de R. I. §§ 40-5.2-26 y 40-6-12, ambas tituladas "Registros en cuanto a Asistencia". Estoy plenamente consciente de las disposiciones de estos estatutos, incluyendo la disposición por la cual una violación de cualquiera de los estatutos se convierte en un delito sancionable con una multa de no más de doscientos dólares (\$ 200.00), encarcelamiento por no más de seis (6) meses, o ambos.

Acepto cumplir con todas las disposiciones de Leyes Generales de R. I §§ 40-5.2-26 y 40-6-12. Estoy consciente de que todos los registros relacionados con la administración de asistencia pública constituyen un asunto confidencial, y sé que es ilegal de mi parte hacer uso de, o hacer que se use, cualquier información en dichos registros para fines no directamente relacionados con la administración de asistencia pública.

Además, estoy consciente de que la información general no relacionada con un individuo en particular, como los gastos totales del programa, el número total de destinatarios, otra información estadística y datos sociales que pueden estar contenidos en estudios, informes o encuestas, no está comprendido en la clase de material que debe salvaguardarse como confidencial.

Reconozco que si los registros de casos individuales se vuelven necesarios para fines ilustrativos, disfrazaré efectivamente la identidad del cliente(s), su familia y su(s) situación(es). Cualquier registro que contenga información individual del cliente no deberá abandonar las instalaciones del DHS. También reconozco que el término "registros" incluye documentos originales, fotocopias, bases de datos informáticas y cualquier otra forma de reproducción.

Por lo tanto, reconozco las disposiciones de las Leyes Generales de R. I. §§ 40-5.2-26 y 40-6-12 y me comprometo a estar obligado por sus disposiciones.

Entiendo que cualquier enmienda o revisión de este Acuerdo debe hacerse por escrito y debe ser firmada por ambas partes. El incumplimiento de mi parte de cumplir con los términos y condiciones establecidos en este documento dará como resultado la terminación de este Acuerdo, el retiro de mi estatus de Proveedor Aprobado del CCAP, la denegación de acceso al sistema de inscripción automática del CCAP y la denegación de cualquier solicitud de pago que pueda hacer al DHS posteriormente a la fecha de ruptura del Acuerdo.

Reconozco y acepto que cualquier información o consentimiento que haya proporcionado al DHS en la Solicitud de Información del Proveedor se considerará parte de este Acuerdo una vez que haya colocado mi firma a continuación.

Por consiguiente, certifico que la información proporcionada para respaldar mi Solicitud de Proveedor es verídica y precisa. Entiendo completamente que cualquier falsificación, ocultación o tergiversación

Solicitud Universal de Cuidado Infantil: Hogares de Cuidado Infantil Familiar,
Grupales, Exentos de Licencia

En las páginas a continuación, encontrará los siguientes recursos para que los guarde con sus registros. Estos documentos no son necesarios para la presentación de la solicitud:

- Tarifas semanales para cuidado infantil familiar con licencia
- Tarifas semanales para exentos de licencia
- Tiempo autorizado y registrado
- Categorías de edades de los niños
- Regulaciones del RI Works Program
- Ley de Asistencia Pública

Para obtener más información, por favor visite la página web:

<http://www.dhs.ri.gov/>

Gracias por su interés en servir a los niños y familias de RI.



Tarifas Semanales para el Cuidado Infantil Familiar con Licencia

A partir de julio de 2019.

| Tiempo Completo | | | | | | |
|----------------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Clasificación del Programa | | Estrella | Paso 1 | Paso 2 | Paso 3 | Paso 4 |
| Categoría de Edad | Bebé/Infante | 1 | \$182.14 | \$182.14 | \$183.96 | \$185.80 |
| | | 2 | \$187.55 | \$187.61 | \$187.64 | \$187.66 |
| | | 3 | \$198.37 | \$198.54 | \$198.68 | \$198.81 |
| | | 4 | \$203.78 | \$204.00 | \$204.20 | \$204.38 |
| | | 5 | \$220.01 | \$220.39 | \$220.76 | \$221.11 |
| | Preescolar | N/A | \$163.95 | \$165.59 | \$167.24 | \$168.92 |
| Edad Escolar | \$155.20 | | \$156.75 | \$158.31 | \$159.90 | |
| Tres Cuartos de Tiempo | | | | | | |
| Clasificación del Programa | | Estrella | Paso 1 | Paso 2 | Paso 3 | Paso 4 |
| Categoría de Edad | Bebé/Infante | 1 | \$136.61 | \$136.61 | \$137.97 | \$139.35 |
| | | 2 | \$140.67 | \$140.71 | \$140.73 | \$140.75 |
| | | 3 | \$148.78 | \$148.90 | \$149.01 | \$149.11 |
| | | 4 | \$152.84 | \$153.00 | \$153.15 | \$153.29 |
| | | 5 | \$165.01 | \$165.30 | \$165.57 | \$165.83 |
| | Preescolar | N/A | \$122.96 | \$124.19 | \$125.43 | \$126.69 |
| Edad Escolar | \$116.40 | | \$117.56 | \$118.74 | \$119.92 | |
| Medio Tiempo | | | | | | |
| Clasificación del Programa | | Estrella | Paso 1 | Paso 2 | Paso 3 | Paso 4 |
| Categoría de Edad | Bebé/Infante | 1 | \$91.07 | \$91.07 | \$91.98 | \$91.90 |
| | | 2 | \$93.78 | \$93.80 | \$93.82 | \$93.83 |
| | | 3 | \$99.19 | \$99.27 | \$99.34 | \$99.41 |
| | | 4 | \$101.89 | \$102.00 | \$102.10 | \$102.19 |
| | | 5 | \$110.01 | \$110.20 | \$110.38 | \$110.55 |
| | Preescolar | N/A | \$81.97 | \$82.79 | \$83.62 | \$84.46 |
| Edad Escolar | \$77.60 | | \$78.37 | \$79.16 | \$79.95 | |
| Cuarto de Tiempo | | | | | | |
| Clasificación del Programa | | Estrella | Paso 1 | Paso 2 | Paso 3 | Paso 4 |
| Categoría de Edad | Bebé/Infante | 1 | \$45.54 | \$45.54 | \$45.99 | \$46.45 |
| | | 2 | \$46.89 | \$46.90 | \$46.91 | \$46.92 |
| | | 3 | \$49.59 | \$49.63 | \$49.67 | \$49.70 |
| | | 4 | \$50.95 | \$51.00 | \$51.05 | \$51.10 |
| | | 5 | \$55.00 | \$55.10 | \$55.19 | \$55.28 |
| | Preescolar | N/A | \$40.99 | \$41.40 | \$41.81 | \$42.23 |
| Edad Escolar | \$38.80 | | \$39.19 | \$39.58 | \$39.97 | |

| Tarifas Semanales para Exentos de Licencia | | | | | |
|---|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <i>A partir de enero de 2020.</i> | | | | | |
| Tiempo Completo | | | | | |
| Clasificación del Programa | | Paso 1 | Paso 2 | Paso 3 | Paso 4 |
| Categoría de Edad | Bebé/Infante | \$99.47 | \$100.44 | \$101.42 | \$102.42 |
| | Preescolar | \$59.02 | \$59.60 | \$60.19 | \$60.77 |
| | Edad Escolar | \$57.93 | \$58.93 | \$59.08 | \$59.64 |
| Tres Cuartos de Tiempo | | | | | |
| Clasificación del Programa | | Paso 1 | Paso 2 | Paso 3 | Paso 4 |
| Categoría de Edad | Bebé/Infante | \$74.60 | \$75.33 | \$76.07 | \$76.81 |
| | Preescolar | \$44.27 | \$44.70 | \$45.15 | \$45.58 |
| | Edad Escolar | \$43.45 | \$43.87 | \$44.31 | \$44.73 |
| Medio Tiempo | | | | | |
| Clasificación del Programa | | Paso 1 | Paso 2 | Paso 3 | Paso 4 |
| Categoría de Edad | Bebé/Infante | \$49.73 | \$50.23 | \$50.72 | \$51.21 |
| | Preescolar | \$29.51 | \$29.81 | \$30.09 | \$30.38 |
| | Edad Escolar | \$28.97 | \$29.25 | \$25.54 | \$29.83 |
| Cuarto de Tiempo | | | | | |
| Clasificación del Programa | | Paso 1 | Paso 2 | Paso 3 | Paso 4 |
| Categoría de Edad | Bebé/Infante | \$24.87 | \$25.11 | \$25.36 | \$25.60 |
| | Preescolar | \$14.49 | \$14.89 | \$15.05 | \$15.19 |
| | Edad Escolar | \$14.48 | \$14.63 | \$14.77 | \$14.91 |

Solicitud Universal de Cuidado Infantil: Hogares de Cuidado Infantil Familiar,
Grupales, Exentos de Licencia

| Tiempo Autorizado y Registrado | |
|--------------------------------|---------------------------|
| Tiempo Completo | 30 horas o más por semana |
| Tres Cuartos de Tiempo | 20-29 horas por semana |
| Medio Tiempo | 10-19 horas por semana |
| Cuarto de Tiempo | 0-9 horas por semana |

| Categorías de Edades de los Niños | |
|-----------------------------------|--|
| Bebé/Infante | 1 semana hasta 3 años de edad |
| Preescolar | De 3 años hasta 1 ^{er} grado (incluye TODOS los niños de Kindergarten) |
| Edad Escolar | 1 ^{er} grado hasta 13 años de edad * Ciertos niños con necesidades especiales diagnosticadas pueden clasificarse como niños en edad escolar hasta los 18 años. Tenga en cuenta que cuando el horario laboral de una familia coincide con el horario escolar, sus horas se ajustan automáticamente. El DHS calcula el horario escolar de 9:30 a.m. a 1:30 p.m., de lunes a viernes desde principios de septiembre hasta mediados de junio |

PÁRRAFO 40

Servicios Humanos

CAPÍTULO 40-5.2

The Rhode Island Works Program

SECCIÓN 40-5.2-26

§ 40-5.2-26 Registros en cuanto a Asistencia. - (a) Todos los registros relacionados con la administración de asistencia pública de conformidad con este capítulo y el capítulo 8 de este párrafo se declaran un asunto confidencial.

(b) A los efectos de lo que antecede:

(1) Será ilegal que cualquier persona haga uso de, o haga que se use, cualquier información contenida en los registros para fines no directamente relacionados con la administración de estos, excepto con el consentimiento de la persona interesada.

(2) El director del departamento tendrá el poder de establecer reglas y regulaciones que rijan la custodia, uso y preservación de los registros, documentos, archivos y comunicaciones relacionados con la administración de asistencia pública. Las reglas y regulaciones tendrán la misma fuerza y el mismo efecto que la ley.

(3) Los registros se producirán en respuesta a una orden judicial de aportar pruebas debidamente emitidas por cualquier tribunal federal o estatal; sin embargo, siempre que el propósito para el cual se solicita la orden esté directamente relacionado con la administración de asistencia pública. Un tribunal no emitirá una orden que solicite los registros o las personas que tengan la custodia o el acceso a los registros, a menos que el litigio relacionado con dichos asuntos esté directamente relacionado con la administración de asistencia pública.

(4) Cualquier persona que, por ley, tenga derecho a una lista de personas que reciben cualquiera de la asistencia según lo dispuesto en este capítulo, no publicará ni hará que se publique la lista, excepto por el consentimiento expreso del director del departamento, o para hacer uso de estos para fines no directamente relacionados con la administración de los mismos.

(5) Cualquier persona que viole cualquiera de las disposiciones de esta sección, o las reglas y regulaciones legales establecidas a continuación, será culpable de un delito menor y será multado con no más de doscientos dólares (\$200), o será encarcelado por no más de seis (6) meses, o ambos.

(6) Ningún punto en esta sección será considerado como una prohibición para que el director del departamento o sus agentes debidamente autorizados para ese propósito emitan datos de material estadístico, o publiquen o hagan que los datos se publiquen cuando los consideren necesario y sea de interés público

(7) El director del departamento puede consultar los registros de cualquier departamento o agencia estatal en el curso de su administración de asistencia pública.

Historia de Sección.

(P.L. 2008, ch. 100, art. 16, § 1.)

POR FAVOR, GUARDE ESTA PÁGINA EN SUS REGISTROS

PÁRRAFO 40

Servicios Humanos

CAPÍTULO 40-6

Ley de Asistencia Pública

SECCIÓN 40-6-12

§ 40-6-12 Registros en cuanto a Asistencia. – (a) Todos los registros relacionados con la administración de asistencia pública de conformidad con este capítulo y el capítulo 8 de este párrafo se declaran materia confidencial. Será ilegal que cualquier persona haga uso de, o haga que se use, cualquier información contenida en los registros para fines no directamente relacionados con la administración de estos, excepto con el consentimiento de la persona interesada.

(b) El director del departamento tendrá el poder de establecer reglas y regulaciones que gobiernen la custodia, uso y preservación de los registros, documentos, archivos y comunicaciones relacionados con la administración de asistencia pública. Las reglas y regulaciones tendrán la misma fuerza y efecto que la ley. Los registros se producirán en respuesta a una orden judicial de aportar pruebas debidamente emitidas por cualquier tribunal federal o estatal; sin embargo, siempre, que el propósito para el cual se solicita la orden está directamente relacionado con la administración de asistencia pública. Un tribunal no emitirá una orden que solicite los registros o las personas que tengan la custodia o el acceso a los registros a menos que el litigio relacionado con dichos asuntos esté directamente relacionado con la administración de asistencia pública.

(c) Cualquier persona que, por ley, tenga derecho a una lista de personas que reciban cualquiera de la asistencia prevista en esta sección, no publicará ni hará que se publique la lista, excepto por el consentimiento expreso del director del departamento o para hacer uso de estos para fines no directamente relacionados con la administración de los mismos. Cualquier persona que viole cualquiera de las disposiciones de esta sección, o las reglas y regulaciones legales hechas de conformidad con esta sección, será culpable de un delito menor y será multado con no más de doscientos dólares (\$200) o será encarcelado por no más de seis (6) meses, o ambos.

(d) Ningún punto en esta sección será considerado como una prohibición para que el director del departamento o sus agentes debidamente autorizados para tal fin emitan material o datos estadísticos, o publiquen o hagan que los datos se publiquen cuando los consideren de interés público. El director del departamento puede consultar los registros de cualquier departamento o agencia estatal en el curso de su administración de asistencia pública.

Historia de Sección.

(P.L. 1987, ch. 118, art. 13, § 2; P.L. 1997, ch. 326, § 127; P.L. 2006, ch. 216, § 17.)

POR FAVOR, GUARDE ESTA PÁGINA EN SUS REGISTROS