



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

Información sobre el proveedor de cuidado infantil

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

Casilla A Individual					
Si responde Sí a Persona física, suministre su Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) para usarlo como su número de identificación fiscal.					
Usted es:		Sí	No	SSN	
una persona física		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- -	
Si la respuesta a esta pregunta es No, complete la Casilla B.					
Apellido del proveedor			Nombre del proveedor		
Dirección donde se suministra el cuidado			Dirección postal (si es diferente)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			Teléfono		

Casilla B Corporación/Sociedad/Gobierno/Propietario único/SRL					
Su empresa es: (Marque una)		Sí	No	Suministre su Número de identificación de empleador (EIN, por sus siglas en inglés).	
Corporación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EIN	
Sociedad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	
Gobierno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOTA: Su nombre comercial legal y su número de identificación fiscal (EIN) tienen que coincidir con los registros del IRS.	
Propietario único		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sociedad de responsabilidad limitada (SRL)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si SRL, clasificación de impuestos (Marque una): <input type="checkbox"/> Propietario único <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Sociedad					
Nombre comercial legal del proveedor					
Opera bajo el nombre comercial de (DBA, por sus siglas en inglés)					
Dirección donde se suministra el cuidado			Dirección postal (si es diferente)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			Teléfono		

Proveedor elegible

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

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

Información sobre las tarifas del proveedor

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

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

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

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

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

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

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

Firma del proveedor de cuidado infantil

Fecha

Esta área debe ser completada por la trabajadora del DHS exclusivamente

Tipo de proveedor _____ Número de proveedor _____

Los pagos efectuados por el departamento se realizarán de acuerdo con la "tarifa de 1/2 día aprobada" como se indica debajo		
Grupo etario		Tarifa de 1/2 día aprobada *
Bebé/niño pequeño	Tarifa básica	
	Tarifa por necesidades especiales	
Preescolar	Tarifa básica	
	Tarifa por necesidades especiales	
Edad escolar	Tarifa básica	
	Tarifa por necesidades especiales	
Otras tarifas: (segundo hijo, antes y después de la escuela, verano, descuento para empleados, etc.)		
Fecha efectiva		Fecha de finalización

* Se le pagará la tarifa de 1/2 día que cobra normalmente o la tarifa de reembolso máxima del estado, la que sea más baja.

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

Firma del representante del Departamento	Fecha
--	-------

ESTA PÁGINA SE DEJA EN BLANCO INTENCIONALMENTE.

Entiendo que el pago que recibiré por prestar cuidado infantil para el Department of Human Services:

1. Se basará en una unidad de servicio de cinco horas.
2. Será efectivo solo durante el período de vigencia de este Acuerdo. Si no renuevo este Acuerdo, cualquier pago realizado después de la fecha de término puede estar sujeto a recuperación.
3. Puede ser renegociado antes de la fecha de término, con el acuerdo de todas las partes.

Tarifas del cliente

Entiendo que:

1. Soy responsable de cobrar, directamente del cliente, todas las tarifas que se le impongan, según lo determine el Departamento. El Departamento no puede cobrar estas tarifas.
2. Puedo facturar a un participante del programa Child Care Assistance la diferencia entre el pago de dicho programa y la tarifa de pago privada del proveedor, si el padre/madre y el proveedor lo acuerdan por escrito antes de brindar el cuidado.
3. Debo mantener un registro de todas las tarifas cobradas a los clientes, incluidos los cargos por la diferencia entre el pago del programa CCA emitido por el Departamento y las tarifas de pago privadas del proveedor, y este registro estará disponible, previa solicitud, para ser auditado por el Departamento o su representantes.

Facturación y Pago

Entiendo que:

1. Debo brindar el servicio según lo autorizado en el *Aviso de decisión* o en el *Certificado de inscripción* del cliente antes de presentar la reclamación del pago.
2. Al final de cada período de facturación, enviaré al Departamento un formulario 470-4534 de *Facturación/Asistencia de Child Care Assistance*, solo por las horas efectivas en que se hayan brindado servicios de cuidado infantil. Este formulario debe estar firmado tanto por el proveedor como por el padre/madre, y debo conservar una copia del formulario firmado para mis registros.
3. Tengo la opción de enviar la asistencia en línea a través del portal web KinderTrack. Si elijo hacerlo de esa manera, debo imprimir del *Registro del proveedor un formulario 470-4535 de Facturación/Asistencia de Child Care Assistance*, el que debe estar firmado por el proveedor y el padre/madre y debo conservar para mis registros.
4. Si no puedo usar los formularios 470-4534 o 470-4535, debo en su lugar mantener registros de asistencia adecuados. Para que se consideren adecuados, los registros de asistencia deben incluir el nombre del menor, las fechas y horarios diarios de ingreso y salida de los días en que estuvo bajo cuidado, y la firma del padre/madre u otro adulto designado que certifique que la asistencia es correcta.
5. Se me pagará solo por las horas de cuidado autorizadas por el Departamento en el *Aviso de Decisión* o *Certificado de Inscripción*.
6. No puedo facturar al Departamento o a PROMISE JOBS más de lo que cobro a otras familias por el mismo servicio.
7. Si supero la capacidad de menores permitida para mi centro en función de la cantidad y las edades de los menores, se puede poner término a este acuerdo y cualquier pago puede ser recuperado.
8. El incumplimiento de este Acuerdo o de otras reglas de cuidado infantil del Departamento puede resultar en la recuperación de los pagos realizados y en el término de este Acuerdo por hasta 36 meses.

Pago por ausencias de los niños

Entiendo que:

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

Registros y auditorías

Entiendo que:

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

Cuidado infantil de protección

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

Cuidado infantil de necesidades especiales

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

Otros requisitos para los proveedores

No discriminación:

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

Informes sobre cambios:

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

Informe sobre abuso:

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

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

Confidencialidad:

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

Exención de responsabilidad:

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

Ambiente libre de drogas:

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

Auditorías o investigaciones:

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

Reembolso:

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

Finalización del contrato

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

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

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

Renovación del contrato

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