Guardar como Imprimir Clara

CFWB-048
REVISIÓN 03/24

NYC Children

Solicitud de inscripción en el programa/proveedor de cuidado infantil

Fecha: _____

Nombre, dirección e información de contacto

Nombre del programa/proveedor: _____

Dirección del programa/proveedor: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de identificación fiscal federal o de Seguro Social: _____

Persona principal de contacto: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Solo para programas que se desarrollan en los centros

Nombre del director: _____ Teléfono: _____

Email: _____

Horario y calendario

Días y horario de atención

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Días festivos
Hora para abrir								
Hora de cierre								

Información sobre la sesión de verano

◯ Abierto todo el año ◯ Abierto solo en el verano ◯ Cerrado durante el verano

Solo para programas que se desarrollan en centros: Días festivos y horario de cierre

Especificar las fechas de cierre anuales de su programa (por ejemplo: Año Nuevo, Acción de Gracias, etc.)

_____

_____

_____

Costo de la atención

Especifique la tarifa que se cobra por cada rango de edad que atiende	BEBÉ 6 semanas-24 meses	NIÑO PEQUEÑO 18-24 meses – menos de 3 años	PREESCOLAR 3 – 5 años	EDAD ESCOLAR 6 – 12 años
Semanal (30 horas o más a la semana, durante 5 días o menos)				
Diario (de 6 a 12 horas al día)				
Jornada parcial (de 0 a 6 horas al día)				

NYC Children

Lugar y transporte público

Calle principal: _____

Autobús número: _____ Parada de autobús: _____ Metro número: _____ Parada del metro: _____

Información para recoger en la escuela
Escriba el nombre de las escuelas de Pre-Kindergarten hasta Grado 12 a las que presta servicios de transporte extraescolar

1._____ 2. _____ 3. _____

Servicios especiales

Se prestan servicios de necesidades especiales
- ◯ Sí
- ◯ No

Idiomas que se hablan
- ◯ Español
- ◯ Hebreo
- ◯ Ruso
- ◯ Francés
- ◯ Chino
- ◯ Otro _____

Información sobre las comidas
- ◯ Desayuno
- ◯ Almuerzo
- ◯ Snack
- ◯ Cena
- ◯ Kosher
- ◯ Halal
- ◯ Otro _____

En los centros
- ◯ Trabajador social
- ◯ Enfermero/médico
- ◯ Terapeuta de lenguaje
- ◯ Psicólogo
- ◯ Instructor de Educación Especial

Verificación

◯ Los servicios de cuidado infantil no se refieren a los programas que dan atención a los niños que operan únicamente con el propósito de dar educación religiosa, deportes, recreación, clases o lecciones. Firmando, confirmo que soy un programa/proveedor que no opera únicamente con el propósito de dar educación religiosa, deportes, recreación, clases o lecciones.

◯ Certifico que la información en esta solicitud es exacta. Entiendo que dar información falsa puede dar lugar a la suspensión o a la terminación de los pagos y a la recuperación de cualquier pago al que no tuviera derecho. Reconozco que recibir un pago de la Ciudad de Nueva York por los servicios prestados de cuidado infantil no me convierte en empleado de la ciudad de Nueva York.

◯ Entiendo que solo se me pagará una vez que se presente esta solicitud y los documentos de apoyo y se envíe la asistencia del niño. Certifico que la cantidad que facturo por el cuidado infantil subsidiado por la Administración de Servicios para Niños (ACS) no es mayor que la cantidad que facturo por pago privado para niños de la misma edad.

Firma del proveedor/programa: _____ Fecha: _____

Solo para uso oficial

◯ Bebé ◯ Niño pequeño ◯ Preescolar ◯ Edad Escolar Escrito por: _____