



Petición para inscribir al niño(a) con un proveedor de cuidado infantil

Todos los proveedores de cuidado infantil sin licencia, de cuidado infantil en familia legalmente exentos, de cuidado infantil en el hogar legalmente exentos, de cuidado infantil en grupo legalmente exentos y los de cuidado infantil informales, deben completar este formulario y también completar el formulario **OCFS-LDSS-4699** o el **OCFS-LDSS-4700**.

ATENCIÓN

- No se requiere que los proveedores con licencia/registrados completen el formulario **OCFS-LDSS-4699** ni el **OCFS-LDSS-4700**, pero deben completar las páginas 1 a 3 de este formulario y retornarlo al padre, madre o tutor legal. Los proveedores regulados que no tengan un número del Sistema automatizado de información para el cuidado infantil (*Automated Child Care Information System, ACCIS*) deben presentar además una copia de su licencia junto con el presente formulario **CS-274W (S)** completado.

Nombre del padre, madre/cuidador(a):		N.º de caso de CA:
Dirección:		
Teléfono:	N.º de Seguro Social (<i>Opcional, vea abajo</i>): ¹	N.º de caso de ACCIS:
Uno de los padres/madres sirve a tiempo completo en alguna de las fuerzas militares de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Uno de los padres/madres es miembro de la Guardia Nacional o de la Reserva Militar. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
¹ El padre, la madre/cuidador(a) puede anotar su N.º de Seguro Social, pero no está obligado(a). No puede ser obligado(a) a divulgar su N.º de Seguro Social como condición de elegibilidad para los servicios de cuidado infantil. Si lo provee, su N.º de Seguro Social será usado para identificar su expediente de cuidado infantil. También podría ser usado por agencias federales, estatales y locales para prevenir la duplicación de servicios y el fraude, y para informes federales.		

(Gire la hoja)

Nombre del proveedor sin licencia/informal: ² <hr/> N.º de ACCIS del proveedor (si lo tiene): <hr/> N.º del Seguro Social /EIN/TIN del proveedor: <hr/> Fecha de vencimiento el certificado: <hr/>	Nombre del proveedor/Programa: <hr/> N.º de licencia: <hr/> Tipo de licencia: <hr/> Fecha de vencimiento: <hr/>		
Teléfono:	Fecha de nacimiento:		
Correo electrónico del proveedor/Programa:			
Dirección donde se provee el cuidado:			
Dirección del proveedor/Programa (si es distinta):			
² Los parientes que sean legalmente responsables (padres, madres, padrastros, madrastras y tutores legales) no pueden recibir dinero en calidad de proveedores de cuidado infantil de sus propios niños(as).			

Tarifas del proveedor (Todos los proveedores, con excepción de los programas contratados por ACS, deben completar esta sección).

Mis tarifas semanales de cuidado infantil son:

Tarifas del proveedor Indicar las tarifas cobradas por edad	INFANTE menos de 18 meses	NIÑO(A) 18 meses - menos de 3 años	PREESCOLAR 3 años - menos de 6 años	EDAD ESCOLAR 6 -12 años
Tiempo completo (30 o más horas por semana)				
Tiempo parcial (15 – 29 horas por semana)				
Por hora (1 – 14 horas por semana, pero menos de 3 horas por día)				

(Gire la hoja)

Tarifas del proveedor (continuación)

Necesidades especiales - Tarifas del proveedor Indicar las tarifas cobradas por edad	INFANTE menos de 18 meses	NIÑO(A) 18 meses - menos de 3 años	PREESCOLAR 3 años - menos de 6 años	EDAD ESCOLAR 6 –12 años	NECESIDADES ESPECIALES 13 – 19 años
Tiempo completo (30 o más horas por semana)					
Tiempo parcial (15 – 29 horas por semana)					
Por hora (1 – 14 horas por semana, pero menos de 3 horas por día)					

Indicar el horario semanal de servicios de cuidado infantil requeridos para los niños(as) listados a continuación:

Nombre del niño(a)	Nombre del niño(a)			Nombre del niño(a)			Nombre del niño(a)		
Fecha de nacimiento	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO
Fecha de inicio del cuidado	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO
Horario semanal	De	A	De	A	De	A	De	A	
Lunes									
Martes									
Miércoles									
Jueves									
Viernes									
Sábado									
Domingo									
Office Use Only	Total Hours per Week		Total Hours per Week		Total Hours per Week		Total Hours per Week		

(Gire la hoja)

- Reconozco que recibir pagos de la Ciudad de Nueva York por mis servicios de cuidado infantil no me convierte en empleado(a) de la Ciudad de Nueva York. Soy empleado(a) del padre, madre o tutor legal del niño(a) al que cuido.

Certificación del proveedor

Inscribo a este niño(a) en un programa de cuidado infantil. Entiendo que seré pagado(a) solo después de que los registros de asistencia del niño(a) hayan sido recibidos por ACS y siempre y cuando el caso de Asistencia en Efectivo (*Cash Assistance*) del padre, madre o tutor legal permanezca activo, y que el padre o madre tenga empleo o participe en una actividad de trabajo aprobada por la FIA. Si el padre, madre o tutor legal deja de cumplir con estos criterios, recibiré una carta de ACS informándome que ya no me pagará por el cuidado infantil. Estoy de acuerdo con que la tarifa que facturo a este padre o madre no es mayor que la tarifa que facturo por otros niños(as) de la misma edad. **Entiendo que no seré pagado(a) si no listo todas mis tarifas.**

Otorgaré al padre, madre o tutor legal del niño(a) o de los niños(as) nombrados(as) en este formulario acceso ilimitado a su(s) niño(as) y al lugar donde se provea el servicio, y estaré siempre disponible cuando estén bajo mi cuidado. Certifico que las declaraciones indicadas anteriormente son precisas y ciertas según mi leal saber y entender. Entiendo que proveer información falsa puede conducir a la suspensión o finalización de los pagos y a la recuperación de cualquier pago que no me corresponda.

Nombre del proveedor (en letra de molde)

Cargo oficial (si corresponde)

Firma

Fecha

(Gire la hoja)

Certificación del padre, madre o tutor legal

Certifico que he revisado esta petición de información para el cuidado infantil y que es correcta. Entiendo que, de haber cambios, debo reportarlos de inmediato a la *HRA*.

Nombre del padre, madre o tutor legal

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

¿Tiene usted alguna condición médica, de salud mental o alguna discapacidad? ¿Se le dificulta entender o hacer lo que pide este aviso, debido a su condición? ¿Se le dificulta obtener otros servicios de la *HRA* debido a su condición? **Nosotros podemos ayudarle.** Llámenos al 718-557-1399. También puede pedir ayuda cuando visite las oficinas de la *HRA*. La ley le da derecho a pedir este tipo de ayuda.

For Agency Use Only:

Is child care authorized for this applicant/participant? YES NO

Agency-approved start date for childcare: _____