



Rhode Island Department of Human Services
 Office of Child Care
 25 Howard Avenue, Edificio LP, 3^{er} Piso
 Cranston, R.I. 02920
 (401) 462-6877

**Proveedor del Programa de Asistencia de Cuidado Infantil (CCAP, por sus siglas en inglés)
 Autorización para el Pago del CCAP durante la Ausencia de un Niño**

El DHS permite a los proveedores del CCHAP recibir pagos por hasta cinco (5) días por mes durante los cuales un niño elegible del CCAP se encuentre ausente y el padre autorice el pago.

Al completar el siguiente formulario, usted autoriza al DHS a pagar a su proveedor de cuidado infantil durante la ausencia de su hijo del programa y acepta no inscribir a su hijo con otro proveedor de cuidado infantil durante este tiempo.

Si desea llevar a su hijo a otro proveedor de CCAP durante este tiempo, NO envíe este formulario, ya que el DHS no emitirá el pago a más de un proveedor por las mismas horas de atención.

| | |
|--|--|
| ID del Proveedor: | |
| Nombre del Proveedor: | |
| Semana de Vacaciones / Cierre: | |
| Nombre del Padre: | |
| Número de Certificado: | |
| Nombre(s) del (de los) Niño(s): | |
| Motivo de la Ausencia: | |

Certifico que la información reportada en este formulario es verdadera y precisa. El proveedor de cuidado infantil debe incluir este formulario con su factura de facturación para que el DHS emita el pago. No se realizará ningún pago de CCAP por ausencias una vez que se haya alcanzado el límite permitido de cinco (5) día/mes.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Proveedor

Fecha

Nombre del Proveedor en Letra Imprenta

Cargo/Título

Por favor, complete este formulario y envíe con toda la documentación requerida por correo electrónico o correo:
DHS.ChildCare@dhs.ri.gov o DHS Office of Child Care, 25 Howard Avenue, Edificio LP, 3^{er} Piso, Cranston RI 02920