



Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Oficina de Cuidado Infantil – Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP)

25 Howard Avenue, Edificio Louis Pasteur n.º 57, 1.er piso, Cranston, Rhode Island 02920

Formulario de Solicitud de Pago por Vacaciones/Cierre de Guardería Familiar

DHS permite que los proveedores de cuidado infantil familiar con licencia reciban el pago por los niños inscritos por hasta dos (2) semanas por año natural en concepto de vacaciones o cierre si los padres autorizan el pago.

Instrucciones para los padres: Al completar el siguiente formulario, usted autoriza a DHS para pagar a este proveedor durante sus vacaciones o cierre y se compromete a **no llevar a su hijo con otro proveedor durante estas fechas**. Si planea **llevar a su hijo a un proveedor diferente de CCAP durante este tiempo, NO envíe este formulario**, ya que DHS no puede emitir pagos a más de un proveedor por las mismas horas de cuidado.

Instrucciones para el proveedor: Este formulario debe enviarse junto con el registro de asistencia del niño en el portal de proveedores de CCAP. No se realizará ningún pago de CCAP una vez se haya alcanzado el límite permitido de dos (2) semanas por año natural.

Fecha	
ID de Proveedor de CCAP	Nombre del Proveedor
Semana de Vacaciones/Cierre	
Número de Certificado	
Nombre del/de los Niño/s	

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta.

Nombre del Padre/de la Madre/Tutor en Letra Imprenta _____

Firma _____

Fecha: _____

Nombre del Proveedor en Letra Imprenta _____

Firma _____

Fecha: _____