



Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

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

25 Howard Avenue, Louis Pasteur Building #57, 1st Floor, Cranston, Rhode Island 02920

Formulario de Solicitud de Pago de CBA para el Cuidado Infantil Familiar Family Child Care CBA Payment Request Form

De conformidad con el Convenio Colectivo (CBA) entre el Estado de Rhode Island y el Distrito 1199NE de SEIU, que rige a los proveedores de cuidado infantil familiar aprobados por CCAP y -a los proveedores exentos de licencia, se puede solicitar el pago a DHS por actividades específicas, si corresponde. Envíe este formulario y los materiales adicionales requeridos que se enumeran a continuación a DHS.ChildCare@dhs.ri.gov.

Fecha _____

N.º ID del proveedor CCAP _____

Nombre del proveedor _____

Dirección _____

Firma *Certifico que la información proporcionada en este formulario es veraz y exacta.* _____

Seleccionar	Tipo	Cantidad	Artículos Adicionales Necesarios	Condiciones
<input type="checkbox"/>	Inscripción en el Depósito Directo <i>Direct Deposit Enrollment</i>	\$100	Si aún lo ha enviado: Envíe el <i>Formulario de Autorización de Depósito Directo</i> a DHS.CCAPBilling@dhs.ri.gov	Pago único
<input type="checkbox"/>	Finalización de la Orientación para Proveedores de CCAP <i>CCAP Provider Orientation Completion</i>	\$75	Comprobante de finalización	Pago único Debe presentarse dentro de un (1) año de su finalización
<input type="checkbox"/>	Cuotas de Inscripción Infantil <i>Child Registration Fees</i>	Hasta \$50 por Niño	Formulario de <i>Solicitud de Reembolso de la Cuota de Inscripción para el Cuidado Infantil Familiar</i> Política de registro de pago privado	Una vez o una vez al año por cada niño inscrito en CCAP, dependiendo de la política de pago privado del programa Equivalente al importe de la cuota de inscripción que se cobra a las familias que pagan de forma privada, según lo estipulado en la política del proveedor Debe presentarse dentro de un (1) año a partir de la fecha de inscripción del niño
<input type="checkbox"/>	Baja por Enfermedad <i>Sick Leave</i>	\$15/hora	Proveedor: Formulario de <i>Solicitud de Autorización de Baja por Enfermedad para el Cuidado de Niños en el Hogar</i> Asistente Autorizado: Formulario W-9 (si aún no es proveedor de Workday/RIFANS)	Pago emitido en incrementos de dos (2) horas Debe presentarse dentro de un (1) año a partir de la fecha de uso de la licencia por enfermedad
<input type="checkbox"/>	Transición de Exento de Licencia a con Licencia <i>Transition from License-Exempt to Licensed</i>	\$500	Comprobante de licencia de DHS	Pago único Debe presentarse dentro de un (1) año a partir de la transición

SOLO PARA USO DE OFICINA

Document Submission Review	
Direct Deposit	
<input type="checkbox"/> Confirmation in RIBridges of direct deposit	
CCAP Provider Orientation	
<input type="checkbox"/> Completion date: _____	
Registration Fees	
<input type="checkbox"/> Registration Fee Reimbursement Request form	
<input type="checkbox"/> Private pay policy	
<input type="checkbox"/> Confirmation that child(ren) are enrolled with provider	
Sick Leave	
<input type="checkbox"/> DHS Approved Assistant assigned to correct provider	
<input type="checkbox"/> Assigned a Workday number (formerly RIFANS)	
<input type="checkbox"/> W-9 for Approved Assistant	
<input type="checkbox"/> Family Child Care Sick Leave Authorization Request form	
<input type="checkbox"/> Confirmation that provider has available sick time	
License-Exempt to Licensed	
<input type="checkbox"/> Licensed in RISES	

Request Totals		
Type	Amt	Total
Direct Deposit	\$100	
Orientation	\$75	
Child Reg Fees	# Children: ____ x \$ ____	
Sick Leave	# Hours: ____ x \$15	
LE to Licensed	\$500	
Grand Total		
Review & Approval		
PM Approved By _____		
Date Sent to FM _____		
FM Approved By _____		
Date Payment Processed _____		