OCC Staff Approving:
_____

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

Solicitud de Reembolso de la Cuota de Inscripción para el Cuidado Infantil Familiar
Family Child Care Registration Fee Reimbursement Request

De conformidad con el Convenio Colectivo (CCT) entre el Estado de Rhode Island y el Distrito 1199NE de SEIU, que regula a los proveedores de cuidado infantil familiar con licencia y aprobados por CCAP, el Estado proporcionará una cuota de inscripción anual equivalente al monto de la cuota de inscripción que se cobra a las familias que pagan de forma privada, según lo estipulado en la política del proveedor. Dicha cuota de inscripción se pagará como máximo una vez al año por cada niño inscrito.

Por favor, incluya(a) una copia de su política sobre el cobro de una cuota de inscripción a familias que pagan de forma privada y (b) el formulario.de.solicitud.de.pago.del.Convenio.Colectivo.de.Cuidado.Infantil.Familiar.(CBA)¡.Envíelo.**a DHS.ChildCare@dhs.ri.gov. Las solicitudes deben presentarse dentro del plazo de un (1) año a partir de la inscripción de cada niño.**

Fecha _____

N.º ID de proveedor de CCAP _____

Nombre Impreso del Proveedor _____

Seleccione una Opción:

◯ Mi programa cobra una tarifa de inscripción única a las familias que pagan de forma privada. *One time fee.*

◯ Mi programa cobra una cuota de inscripción anual a las familias que pagan de forma privada. *Annual fee.*

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

Número de Certificado *Certificate Number*	**Nombre y Apellido del Niño** *Child First and Last Name*	**Fecha de Inscripción** *Date of Enrollment*	**Año de Solicitud de Reembolso** *Reimbursement Request Year*	**Check if Approved** *Office Use Only*
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐