



Rhode Island Department of Human Services

Office of Child Care – Child Care Assistance Program (CCAP)

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

Parent-Provider Agreement

Información del Proveedor

ID del Proveedor CCAP
Nombre del Proveedor de CCAP

Información del Niño

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento
Número de Certificado	Fecha de inicio de Inscripción
	☐ CCAP para el Programa Piloto de Cuidado Infantil

1. Propósito del formulario

Este formulario será utilizado conjuntamente por el padre y el proveedor al inscribir a un niño elegible o potencialmente elegible para CCAP con un proveedor del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP) aprobado por el DHS.

2. Cumplimiento del formulario

Se debe completar un formulario separado para cada niño inscrito. El formulario debe actualizarse anualmente o si la asistencia del niño refleja un cambio en la categoría de horas inscritas por más de cuatro (4) semanas consecutivas.

3. Obligación de inscripción del proveedor

El proveedor es responsable de inscribir al niño en el Portal para Proveedores de CCAP utilizando el horario indicado a continuación, y a más tardar en la primera semana de cuidado del niño. Se permite la inscripción en el portal hasta las horas autorizadas del niño. Si el niño asiste más allá de esas horas autorizadas, la familia es responsable de pagar el costo adicional.

4. Horario de Atención Acordado

El proveedor afirma que el horario de asistencia del niño, incluyendo los días y las horas de cuidado, ha sido acordado mutuamente con el padre. El proveedor acepta brindar el cuidado de acuerdo con el horario documentado en este formulario.

5. Aceptación del Pago de DHS

El proveedor acepta recibir el pago de DHS, basado en el nivel de autorización emitido a la familia (tiempo completo, tres cuartos, medio tiempo o un cuarto de tiempo), como pago total por los servicios autorizados.

6. Copago Familiar

El padre acepta pagar cualquier copago familiar requerido de acuerdo con las normas y regulaciones del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island, según lo especificado en el aviso emitido por el Programa de Asistencia Infantil del RI DHS.

7. Responsabilidad por Horas Excedentes

Ambas partes reconocen y acuerdan que cualquier servicio proporcionado más allá de las horas autorizadas será de exclusiva responsabilidad financiera del padre.

8. Ejecución y Registro

Este formulario debe ser completado y firmado por ambos, el padre y el proveedor de cuidado infantil. Cada parte deberá conservar una copia para sus registros.

Horas de Cuidado Acordadas

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Hora de Inicio A							
Hora de Finalización A							
Hora de Inicio B							
Hora de Finalización B							

*Use la Hora de Inicio B y la Hora de Fin B cuando el niño asista a cuidado antes y después de la escuela, o cuando el niño salga y regrese en algún momento durante el día.

Nombre Impreso del Padre _____

Firma del Padre _____

Fecha _____

Nombre Impreso del Proveedor _____

Firma del Proveedor _____

Fecha _____