



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 Autorización de Baja por Enfermedad para el Cuidado de Niños en la Familia Family Child Care Sick Leave Authorization Request

De conformidad con el Convenio Colectivo (CBA) 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 pagará la licencia por enfermedad a dichos proveedores. Los proveedores deberán utilizar a sus asistentes autorizados para el cuidado de los niños durante su ausencia.

Los asistentes autorizados deben estar preinscritos en el DHS antes de prestar servicios de cuidado infantil y deben estar aprobados como proveedores de Workday (anteriormente RIFANS) antes de que comiencen a recibir pagos conforme a esta sección.

De conformidad con RI Gen L § 28-57-6 y RI Gen L § 28-57-7, se concederá tiempo de licencia remunerada por enfermedad y seguridad en los siguientes casos:

- Su enfermedad mental o física, lesión o condición de salud; su necesidad de diagnóstico, atención o tratamiento médico de una enfermedad mental o física, lesión o condición de salud; su necesidad de atención médica preventiva;
- Cuidado de un miembro de la familia con una enfermedad mental o física, lesión o afección de salud; cuidado de un miembro de la familia que necesita diagnóstico médico, atención o tratamiento de una enfermedad mental o física, lesión o afección de salud; cuidado de un miembro de la familia que necesita atención médica preventiva;
- El cierre de su lugar de negocios por orden de un funcionario público debido a una emergencia de salud pública o su necesidad de cuidar a un niño cuya escuela o lugar de cuidado haya sido cerrado por orden de un funcionario público debido a una emergencia de salud pública, o cuidar de sí mismo o de un miembro de la familia cuando las autoridades sanitarias competentes o un proveedor de atención médica hayan determinado que su presencia o la de su familiar en la comunidad puede poner en peligro la salud de otros debido a su exposición a una enfermedad contagiosa, independientemente de si usted o su familiar han contraído o no dicha enfermedad; o
- El tiempo libre necesario cuando usted o un miembro de su familia sea víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso.

Envíe este formulario junto con el formulario de solicitud de pago del CBA para el cuidado infantil familiar a DHS.ChildCare@dhs.ri.gov dentro del plazo de un (1) año a partir de la fecha de la baja por enfermedad. Si su asistente autorizado aún no es un proveedor aprobado por Workday, deberá presentar el formulario W-9 junto con esta solicitud.

Datos del Proveedor *Provider Information*

N.º ID de Proveedor de CCAP <i>CCAP Provider ID</i>	
Nombre <i>Name</i>	
Correo Electrónico <i>Email</i>	
Fecha de Baja por Enfermedad (una por formulario) <i>Date of Sick Leave (one per form)</i>	Total de Horas Solicitadas (en incrementos de 2) <i>Total Requested Hours (increments of 2)</i>
Firma <i>Certifico bajo pena de perjurio que la información reportada en este formulario es verdadera y precisa, que di de baja por enfermedad de manera apropiada durante el tiempo indicado anteriormente, o seré responsable ante el Estado de Rhode Island por cualquier pago realizado al asistente autorizado que se indica a continuación con base en mis declaraciones aquí contenidas.</i>	
Fecha	

Información del Asistente Autorizado *Approved Assistant Information* *Todos los campos son obligatorios

Nombre <i>Name</i>	
Dirección Postal <i>Mailing Address</i>	
Correo Electrónico <i>Email</i>	
Firma <i>Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta.</i>	Fecha
RIFANS/Supplier ID <i>Solo Para Uso de OCC</i>	