Formulario de Solicitud de Facturación Atrasada del Proveedor CCAP

Rev. 2/2020

Rhode Island Department of Human Services
Office of Child Care
25 Howard Avenue, LP Bldg. 3rd Floor
Cranston, R.I. 02920
(401) 462-6800

Nombre del Proveedor: _____ ID del Proveedor: _____

# de Certificado	Nombre Completo del Niño(a)	Fecha de Nacimiento	Semana 1	Horas	Semana 2	Horas
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	
		__/__/__	__/__/__		__/__/__	

Certifico que la información presentada en este formulario es verídica y precisa, que cada uno de los niños reportados como presentes estuvieron bajo mi cuidado durante las semanas declaradas y durante las horas indicadas, y que he firmado Parent Provider Agreements y registros de asistencia diaria firmados por el padre de familia indicando la hora de llegada y salida de cada niño(a). **He adjuntado una copia impresa de los detalles de inscripción de cada niño(a) obtenida del Portal.**

_____ _____
Firma del Proveedor **Fecha**

_____ _____
Nombre en Letra de Imprenta **Cargo/Título**

Tiene DERECHO a un trato no discriminatorio. De conformidad con el Párrafo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (29 U.S.C. 794); Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C.12101 et seq.), y el Párrafo IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.); la Ley de Cupones para Alimentos; la Ley de Discriminación por Edad de 1975; las normas de implementación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (45 C.F.R., partes 80 y 84) y las normas de implementación del Departamento de Educación de los EE. UU. (34 C.F.R., partes 104 y 106); y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicios de Alimentos y Nutrición (7 C.F.R. 272.6); El Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, religión, creencias políticas, edad, religión o género en la aceptación o prestación de servicios, empleo o tratamiento, en su educación y otras actividades del programa. Según otras disposiciones de la ley aplicable, el DHS no discrimina por motivos de orientación sexual. Para obtener más información sobre estas leyes, reglamentos y procedimientos de quejas por discriminación del DHS para la resolución de quejas por discriminación, comuníquese con el DHS al 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, al número de teléfono 462-2130 (para personas sordas/con problemas de audición al 462-6239 o al 711). El Oficial de Enlace de Relaciones con la Comunidad es el coordinador para la implementación del Párrafo VI; El Administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o su designado es el coordinador para la implementación del Párrafo IX, Sección 504 y ADA. El Director del DHS o su designado tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles del DHS. De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los EE. UU., esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, relación, creencias políticas o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación por SNAP, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C.20250-9410, o llame al teléfono (202) 720-5964.

Complete este formulario y envíelo con toda la documentación requerida por correo electrónico o correo postal a:
DHS.ChildCare@dhs.ri.gov o DHS Office of Child Care, 25 Howard Avenue, LP Bldg. 3rd Floor, Cranston RI 02920