CCAP-350 Vacaciones/Cierre de Cuidado Infantil Familiar





ID del Proveedor:

Rhode Island Department of Human Services Office of Child Care 25 Howard Avenue, Edificio LP, 3^{er} Piso Cranston, R.I. 02920 (401) 462-6877

Proveedor Autorizado de Hogar de Cuidado Infantil Familiar Autorización para el Pago de un Proveedor del CCAP Durante Vacaciones/Cierre

El DHS permite que los proveedores autorizados de cuidado infantil familiar reciban el pago por un máximo de dos (2) semanas por año calendario por concepto de vacaciones/cierre durante las cuales un niño elegible del CCAP está ausente y el padre autoriza el pago.

Al completar el siguiente formulario, usted está autorizando al DHS a proporcionar el pago a su proveedor de cuidado infantil durante sus vacaciones/cierre y la ausencia de su hijo del programa, y acepta no inscribir a su hijo con otro proveedor de cuidado infantil durante este tiempo.

Si desea llevar a su hijo con otro proveedor del CCAP durante este tiempo, POR favor NO envíe este formulario, ya que el DHS no emitirá el pago a más de un proveedor por las mismas horas de atención.

	Nombre del Proveedor:		
	Semana de Vacaciones/Cierre:		
	Nombre del Padre:		
	Número de Certificado:		
	Nombre(s) del (de los) Niño(s):		
incluir CCAP p	o que la información presentada en est este formulario con su factura de cobro oor las ausencias una vez que se haya al	go. No se efectuará ningún pago por po	
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal			
Firma o	del Proveedor	Fecha	
Nombre del Proveedor en Letra Imprenta			