



Rhode Island Department of Human Services

Office of Child Care – Child Care Assistance Program

CCAP 351 – Absent Notice

Authorization for CCAP Payment During a Child’s Absence

Families receiving CCAP benefits are eligible for up to two consecutive weeks of allowable absences at a time without impacting provider payment. Allowable absences include absences with notice that are accompanied by a parent notice (signed by the parent). Parental notice is required for absences that are five consecutive days in a week.

By completing the form below, you are authorizing DHS to provide payment to your child care provider during your child’s absence from the program and you agree not to enroll your child with another child care provider during this time. **If you plan to take your child to another CCAP provider during this time, please do NOT submit this form, as DHS will not issue payment to more than one provider for the same hours of care.**

Provider ID:	
Provider Name:	
Parent Name:	
Certificate Number:	
Child(ren)’s Name(s):	
Dates of Child(ren)’s Absence:	
Reason for Absence:	

I certify that the information reported on this form is true and accurate.

Signature of Parent

Date

Signature of Provider

Date

Provider Printed Name

Position/Title

Providers: please ensure this form is complete, including parent signature, and upload with your attendance submission. *No CCAP payment will be made for absences longer than two consecutive weeks or for absences five days or longer that are not accompanied by an authorization for payment absentee form signed by the parent.*



Rhode Island Department of Human Services

Office of Child Care – Child Care Assistance Program

CCAP 351 – Absent Notice

Autorización para el Pago del CCAP durante la Ausencia de un Niño

Las familias que reciben los beneficios de CCAP son elegibles por hasta dos semanas consecutivas de ausencias permitidas a la vez sin afectar el pago del proveedor. Las ausencias permitidas incluyen ausencias con aviso que van acompañadas de un aviso de los padres (firmado por el padre). Se requiere aviso de los padres para las ausencias de cinco días consecutivos en una semana.

Al completar el siguiente formulario, usted autoriza al DHS a pagar a su proveedor de cuidado infantil durante 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 a otro proveedor de 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.**

ID del Proveedor:	
Nombre del Proveedor:	
Nombre del Padre:	
Número de Certificado:	
Nombre(s) del (de los) Niño(s):	
Fecha de Ausencia(s) del (de los) Niño(s):	
Motivo de la Ausencia:	

Certifico que la información reportada en este formulario es verdadera y precisa.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Proveedor

Fecha

Nombre del Proveedor en Letra Imprenta

Position/Title

Proveedores: por favor asegúrese de que esta forma esta completa, incluyendo la firma de los padres o representantes, y cárguela con el envío de la asistencia. *No se realizará ningún pago de CCAP por ausencias de más de dos semanas consecutivas o por ausencias de cinco días o más que no estén acompañadas por un formulario de autorización de pago de ausencia firmado por el padre.*