



Solicitud para el Piloto de CCAP para Cuidado Infantil

Programa Piloto de Cuidado Infantil de CCAP del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Gracias por su interés en el programa piloto CCAP de Cuidado Infantil. Este programa piloto brinda beneficios de CCAP para los educadores y el personal de la primera infancia elegibles en los programas de cuidado infantil autorizados por el DHS.

Si tiene preguntas o necesita apoyo para completar esta solicitud, por favor comuníquese con CCAPforChildCare@pcqus.com

Tenga en cuenta: para presentar esta solicitud, primero debe presentar una solicitud para el CCAP regular a través del DHS. Debe tener un comprobante de esta presentación para incluirlo en su solicitud. El comprobante puede ser un Aviso de Certificado pendiente, una captura de pantalla del estado de la solicitud del portal en línea HealthSource RI o de la aplicación móvil Healthy Rhode, o un recibo de entrega de una oficina local del DHS. Para revisar los requisitos de elegibilidad del CCAP del DHS y obtener más información sobre cómo presentar la solicitud, visite: [Elegibilidad de la Familia CCAP y Cómo Solicitarlo | Departamento de Servicios Humanos RI](#)

Esta solicitud se describe en 5 secciones y puede requerir documentación adjunta (por ejemplo, PDF o jpeg) para determinar su elegibilidad. La siguiente tabla describe las secciones de la solicitud y los requisitos de documentación:

Sección	Criterios de Elegibilidad	Documentos para Adjuntar
Sección 1: Prueba de presentación de una solicitud regular del DHS	- Debe cumplir con todos los requisitos de elegibilidad de CCAP con la excepción del límite de ingresos de nivel de entrada de 261% FPL. - Los ingresos de su unidad familiar son inferiores al 300% del nivel federal de pobreza para el tamaño de su unidad familiar	Para enviar la solicitud piloto, primero debe introducir: - Prueba de la presentación de la solicitud, como un aviso de certificado pendiente, una captura de pantalla del portal en línea DHS HealthSource RI o de la aplicación móvil HealthyRhode que muestre una solicitud CCAP pendiente con los nombres de los niños solicitantes. o un recibo de una oficina local del DHS en el que figure la misma información Tenga en cuenta que la solicitud presentada no se tramitara hasta que adjunte: - Una copia de la notificación de la decisión sobre el beneficio del DHS (fecha en un plazo de 60 días a partir del envío)
Sección 2: Solicitud e Información del Hogar	El tamaño de su unidad familiar, que se utilizara	No hay documentos que adjuntar. Esta información será verificada por el DHS durante la revisión habitual de la solicitud del CCAP.

Sección	Criterios de Elegibilidad	Documentos para Adjuntar
	para verificar los niveles de ingresos Usted es residente de RI	
Sección 3: Ingresos del hogar	- Usted es el “progenitor” del niño que percibirá los beneficios - La edad del niño oscila entre las 6 semanas y 13 años - El niño es un residente de RI y vive principalmente con usted - El niño solicitante es ciudadano estadounidense o inmigrante cualificado	No hay documentos que adjuntar. Esta información será verificada por el DHS durante la revisión habitual de la solicitud del CCAP
Sección 4: Empleo de personal y educadores tempranos	Usted es un empleado actual de un programa con licencia del DHS, que trabaja un promedio de 20 horas a la semana	Un mes de recibos de sueldo
Sección 5: Certificaciones y firma	Su comprensión de los requisitos para participar en el programa piloto	No hay documentos que adjuntar

- Notas:** *Para este programa, 'padre' puede significar: padre biológico, padre por matrimonio, padre por adopción, tutor legal o persona in loco parentis.

*Los inmigrantes calificados son: (1) Residentes permanentes legales (LPR); (2) Refugiados, asilados, personas a las que se les otorgó la retención de deportación/remoción, entrada condicional (vigente antes del 1 de abril de 1980) o en libertad condicional en los EE. UU. durante al menos un (1) año; (3) participantes cubanos/haitianos; (4) Cónyuges e hijos maltratados, cuya necesidad de beneficios tiene una conexión sustancial con el maltrato o la crueldad (los padres/hijos de dicho niño/cónyuge maltratados también están "calificados"), con uno (1) de los siguientes: (AA) Una auto petición pendiente o aprobada para una visa de inmigrante; (BB) Una visa de inmigrante presentada para un cónyuge o hijo por un ciudadano estadounidense o LPR; o (CC) Una solicitud de cancelación de remoción/suspensión de deportación. (5) Víctimas de la trata y sus beneficiarios derivados que hayan obtenido una visa T o cuya solicitud de visa T establezca un caso prima facie."

Navegando la Solicitud

- La solicitud es una solicitud continua y estará abierta hasta el 31 de julio de 2028.
- Solicitantes deberán primero solicitar el beneficio de CCAP regular a través del DHS. La solicitud piloto le pedirá que adjunte un comprobante de que ha presentado su solicitud habitual del CCAP o una Notificación de Decisión de Beneficios del DHS. No se puede tramitar una solicitud piloto sin la Notificación de Decisión de Beneficios.
- Envíe solo una solicitud por hogar. Enviar más de una solicitud puede retrasar la revisión de su solicitud.
- Tenga en cuenta que cualquier pregunta con un asterisco rojo (*) es obligatoria. No podrá enviar sin completar estos campos.
- Mientras completa esta solicitud, utilice el botón "Siguiente" para pasar a la siguiente pantalla.

Verificación de la Solicitud de CCAP regular del DHS

¿Está actualmente participando en el programa regular de CCAP a través de DHS?

- ☐ Sí
- ☐ No

Si "sí": ¿Se le ha asignado un copago a su familia?

- ☐ Sí
 - Si lo conoce, introduzca su número de certificado. Si no conoce su número, deje este campo vacío: _____
- ☐ No
 - En este momento, no es elegible para solicitar la solicitud de CCAP para Cuidado Infantil. Si el estado de su familia cambia (ej. es asignada un copago en el futuro o si su beneficio del CCAP regular cierra porque sus ingresos son muy altos), puede regresar a este enlace para solicitar la solicitud.
 - Puede salir de la solicitud. Gracias.

Si "no": Ha solicitado el beneficio de CCAP regular a través del DHS en los últimos sesenta (60) días?

- ☐ Sí
 - Seleccione el resultado de su solicitud de CCAP de DHS. Adjunte la documentación correspondiente. *
 - ☐ Presentado y pendiente de revisión por parte del DHS.
 - ☐ Denegación (entre los últimos 60 días)
- ☐ No
 - En este momento, no es elegible para solicitar la solicitud de CCAP para Cuidado Infantil. Por favor visite, [Elegibilidad de la Familia CCAP y Cómo Solicitarlo | Departamento de Servicios Humanos RI](#) para solicitar la solicitud de CCAP regular a través de DHS. Al enviarla podrá regresar a este enlace para comenzar el proceso de su solicitud

Información del Solicitante

Esta sección recopila información básica sobre usted como solicitante y los miembros de su hogar. Asegúrese de que su nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico sean correctos, ya que esta será la forma principal en que recibirá información sobre su estado de elegibilidad y actualizaciones.

Nombre *: _____

Apellido * : _____

Número de teléfono * Por favor ingrese un número de teléfono válido. : _____

Correo electrónico * : _____

Por favor, seleccione su tipo de solicitud *

- ☐ Nueva aplicación. No he participado antes en el programa piloto de CCAP para el Cuidado Infantil.
- ☐ Solicitud de renovación. Anteriormente fui aprobada para participar en el programa piloto de CCAP para el Cuidado Infantil. Tenga en cuenta:

Las solicitudes de renovación deben presentarse **aproximadamente 30 días antes del cierre de sus beneficios** iniciales de piloto, ya que, si se presentan con demasiada anticipación, es posible que deba proporcionar documentación adicional o volver a presentarla más cerca de la fecha de cierre. La presentación demasiado cerca de la fecha de cierre puede resultar en un retraso de los beneficios.

Se le pedirá que ingrese el ID de Piloto Infantil para cada niño que desee solicitar la renovación de beneficios en esta solicitud (por ejemplo, CH1_0000). La identificación de Piloto de Nino se puede encontrar en el Aviso de elegibilidad (PDF) que se le envió por correo electrónico cuando se le aprobó su cobertura inicial. Si necesita que se le envíe una copia de este Aviso de elegibilidad, comuníquese con CCAPforChildCare@pcqus.com

Dirección * : _____

Dirección Línea 2 : _____

Ciudad * : _____

Estado/Provincia * : _____

Código Postal * : _____

¿Su lugar de residencia principal se encuentra en Rhode Island? *

- ☐ Sí
☐ No

Ingrese su Número de Seguro Social o Número de Identificación Fiscal Individual.

* _____

Revise este número para verificar su precisión antes de continuar.

Nota: ¿Por qué le pedimos su Número de Seguro Social (SSN) o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)

Muchas agencias usan este número para identificar de manera única a las personas que solicitan beneficios. Toda la información proporcionada en esta solicitud se mantendrá y almacenará de forma segura y se utilizará solo para los fines de este programa.

Para este programa piloto, solo se permite una presentación para cada SSN o ITIN único.

Información Demográfica

La siguiente información demográfica es solo para fines informativos y no influirá en su elegibilidad para participar en este programa piloto.

Seleccione la(s) raza(s) con las que más se identifica. *

- ☐ Asiático
☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo hawaiano o isleño del pacífico
☐ Blanco
☐ Prefiero no responder
☐ Otro

Seleccione la etnia con la que más se identifica *

- ☐ Hispano o latino

- ☐ No hispano
- ☐ Prefiero no responder

Seleccione el género con el que más se identifica. *

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ No binario
- ☐ Prefiero no responder

¿Cuál es el nivel educativo más alto que has completado? *

- ☐ Escuela secundaria
- ☐ Diploma de escuela secundaria superior o GED
- ☐ Título de asociado
- ☐ Licenciatura
- ☐ Maestría
- ☐ Doctorado o titulación profesional

Información del hogar

Parte de esta solicitud requiere que comprendamos el tamaño y la composición de los miembros de su hogar. Los miembros del hogar son las personas que viven actual y principalmente en su residencia.

Para este programa piloto, los miembros del hogar incluyen "los hijos dependientes, incluidos los hijos solicitantes y no solicitantes, y los padres y los cónyuges legales de los padres que viven con ellos en la misma familia".

En la siguiente tabla, ingresará los nombres, la relación y la edad de cada miembro que vive actualmente en su hogar.

- Ingrese usted mismo como "Miembro del hogar 1".
- Al seleccionar una "Relación", describirá la relación que el miembro del hogar tiene con usted. Por ejemplo, si su hermana vive actualmente con usted, ingrese "Mi hermana". Ingrese una de las siguientes descripciones de relación: Yo, Mi cónyuge/pareja, Mis padres, Los padres de mi cónyuge/pareja, Mi hijo, Mi hermano, Mi sobrina, Mi sobrino, Mi abuelo, Amigo.
- Para la edad, ingrese "Menos de 1 año" si el miembro del hogar tiene menos de 1 año, o su edad en años, para cualquier miembro del hogar de 1 año o más.

Ingrese la información del miembro del hogar aquí*

	Nombre	Relación	Edad
Miembro del hogar 1			
Miembro del hogar 2			
Miembro del hogar 3			
Miembro del hogar 4			
Miembro del hogar 5			
Miembro del hogar 6			

	Nombre	Relación	Edad
Miembro del hogar 7			
Miembro del hogar 8			
Miembro del hogar 9			
Miembro del hogar 10			

¿Su hogar es un hogar monoparental o biparental? Un hogar biparental significa que "dos padres viven en el mismo hogar legal y comparten la responsabilidad financiera de los hijos dependientes del solicitante". *

- ☐ 1 padre
☐ 2 padres

Información del Niño: Estableciendo Relaciones y Ciudadanía/Estado Migratorio

Esta sección recopilará información sobre los niños que desea inscribir en el programa piloto CCAP for Child Care. La información reunida aquí confirmará la elegibilidad del niño según su edad y la relación con usted como padre. También recopilará información para verificar su residencia y la de su hijo y el estado de ciudadanía/inmigración de su hijo.

¿Para cuántos niños le gustaría solicitar beneficios de CCAP para el cuidado infantil? * : _____

Niño 1

Nombre: Niño 1 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 1 * _____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 1 *

- ☐ Niño biológico
☐ Niño adoptado
☐ Niño adoptivo
☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 1 *

- ☐ Sí
☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 1 *

- Ciudadano estadounidense
- Inmigrante Calificado

Ingrese el ID de piloto de su hijo (por ejemplo, CH1_0000). Esta identificación se encuentra en el PDF del Aviso de elegibilidad que recibió por correo electrónico cuando fue aprobado inicialmente para el piloto. Si necesita una copia de este PDF, comuníquese con CCAPforChildCare@pcgus.com

Si este niño no fue aprobado previamente para la cobertura de piloto y no tiene una identificación de piloto, ingrese "N/A".

Número de Certificación de Niño 1 * _____

Niño 2

Nombre: Niño 2 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 2 *: _____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 2 *

- ☐ Niño biológico
- ☐ Niño adoptado
- ☐ Niño adoptivo
- ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 2 *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 2 *

- Ciudadano estadounidense
- Inmigrante Calificado

Ingrese el ID de piloto de su hijo (por ejemplo, CH1_0000). Esta identificación se encuentra en el PDF del Aviso de elegibilidad que recibió por correo electrónico cuando fue aprobado inicialmente para el piloto. Si necesita una copia de este PDF, comuníquese con CCAPforChildCare@pcgus.com

Si este niño no fue aprobado previamente para la cobertura de piloto y no tiene una identificación de piloto, ingrese "N/A".

Número de Certificación de Niño 2 * _____

Niño 3

Nombre: Niño 3 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 3 *: _____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 3 *

- ☐ Niño biológico
- ☐ Niño adoptado
- ☐ Niño adoptivo
- ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 3 *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 3 *

- Ciudadano estadounidense
- Inmigrante Calificado

Ingrese el ID de piloto de su hijo (por ejemplo, CH1_0000). Esta identificación se encuentra en el PDF del Aviso de elegibilidad que recibió por correo electrónico cuando fue aprobado inicialmente para el piloto. Si necesita una copia de este PDF, comuníquese con CCAPforChildCare@pcgus.com

Si este niño no fue aprobado previamente para la cobertura de piloto y no tiene una identificación de piloto, ingrese "N/A".

Número de Certificación de Niño 3 * _____

Niño 4

Nombre: Niño 4 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 4 * _____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 4 *

- ☐ Niño biológico
- ☐ Niño adoptado
- ☐ Niño adoptivo
- ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 4 *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 4 *

- Ciudadano estadounidense
- Inmigrante Calificado

Ingrese el ID de piloto de su hijo (por ejemplo, CH1_0000). Esta identificación se encuentra en el PDF del Aviso de elegibilidad que recibió por correo electrónico cuando fue aprobado inicialmente para el piloto. Si necesita una copia de este PDF, comuníquese con CCAPforChildCare@pcgus.com

Si este niño no fue aprobado previamente para la cobertura de piloto y no tiene una identificación de piloto, ingrese "N/A".

Número de Certificación de Niño 4 * _____

Niño 5

Nombre: Niño 5 *

_____ Nombre _____ Apellido

Fecha de nacimiento: Niño 5 * _____ MM-DD-AAAA

Relación con el solicitante: Niño 5 *

- ☐ Niño biológico
- ☐ Niño adoptado
- ☐ Niño adoptivo
- ☐ Hijastro

¿Este niño vive principalmente en su hogar? Niño 5 *

- ☐ Sí
- ☐ No

¿Cuál es el estatus de ciudadanía/migración de este niño? Niño 5 *

- Ciudadano estadounidense
- Inmigrante Calificado

Ingrese el ID de piloto de su hijo (por ejemplo, CH1_0000). Esta identificación se encuentra en el PDF del Aviso de elegibilidad que recibió por correo electrónico cuando fue aprobado inicialmente para el piloto. Si necesita una copia de este PDF, comuníquese con CCAPforChildCare@pcgus.com

Si este niño no fue aprobado previamente para la cobertura de piloto y no tiene una identificación de piloto, ingrese "N/A".

Número de Certificación de Niño 5 * _____

Empleo de Educadores Tempranos y del Personal

Esta sección recopilará información para verificar dónde trabaja, su función y su horario de trabajo aproximado. Asegúrese de seleccionar el empleador correcto, ya que nuestro equipo puede comunicarse con este empleador para verificar esta información. Licencias de cuidado infantil del DHS verificará que los proveedores de cuidado infantil familiar tengan licencia y estén cuidando niños en Rhode Island.

Seleccione el tipo de programa de cuidado infantil con licencia del DHS donde trabaja. *

- ☐ Centro de Cuidado Infantil
- ☐ Hogar de Cuidado Infantil Familiar

Por favor ingrese el nombre del Centro u Hogar de Cuidado Infantil Familiar donde trabaja. *

Seleccione su posición en este programa *

- ☐ Proveedor de Cuidado Infantil Familiar
- ☐ Asistente de Cuidado Infantil Familiar
- ☐ Proveedor Exento de Licencia
- ☐ Profesor Principal Infantil
- ☐ Maestra Principal de Niños Pequeños
- ☐ Profesor Principal Preescolar
- ☐ Profesor Principal en Edad Escolar
- ☐ Profesor Asistente Infantil

- ☐ Maestra Asistente de Niños Pequeños
- ☐ Profesor Asistente Preescolar
- ☐ Profesor Asistente de Edad Escolar
- ☐ Profesor Sustituto
- ☐ Maestra Principal de Preescolar Estatal
- ☐ Profesor Asistente de Preescolar Estatal
- ☐ Profesor Principal de Head Start Temprano
- ☐ Profesor Asistente de Early Head Start
- ☐ Profesor Principal de Head Start
- ☐ Profesor Asistente de Head Start
- ☐ Director
- ☐ Asistente de Director
- ☐ Coordinador de Educación
- ☐ Coordinador de Sitio
- ☐ Flotador
- ☐ Especialista en Integración Terapéutica
- ☐ Trabajador social
- ☐ Otro

En una semana promedio, ¿cuántas horas trabajas? *

- ☐ 20-29 horas de semana
- ☐ 30 horas o más de semana

Describe su horario de trabajo promedio/general. Nota: Entendemos que los horarios de trabajo pueden variar. El propósito de este horario de trabajo es proporcionar una comprensión general de los días u horas que puede trabajar. Está permitido si los tiempos no son exactos/cambian en el futuro. *

	Hora de inicio (ej. 7:00AM)	Hora de finalización (ej. 4:00PM)
Domingo		
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Padre 1: Adjunte una copia de la prueba de ingresos de los últimos treinta (30) días. Puede ser en forma de recibos de sueldo o una carta de su empleador en la que se indique la fecha de inicio, el puesto de trabajo, las horas semanales/horario y el salario/sueldo. *

Padre 2: ¿Cuál es su situación laboral actual? * Estos datos son solo informativos y nos ayudan a comprender mejor la fuerza laboral dedicada al cuidado infantil, y no se utilizarán para verificar la elegibilidad. *

- ☐ Empleado
- ☐ Sin trabajo – sin ingresos

Atestaciones

Antes de enviar esta solicitud, lea atentamente las siguientes atestaciones. Al firmar esta solicitud, usted afirma que comprende y acepta los siguientes requisitos.

En hogares con **dos padres**, ambos padres deben revisar las siguientes declaraciones y firmar la solicitud. Por favor, lea atentamente estas atestaciones.

Si tiene alguna pregunta sobre el significado de estos certificados, comuníquese con: CCAPforChildCare@pcgus.com

Al firmar a continuación, yo/nosotros hacemos las siguientes representaciones, autorizaciones y certificaciones:

1. Entiendo los requisitos de este programa y certifico que la información proporcionada en esta solicitud y la información que he proporcionado es verdadera y precisa, incluida la información de contacto y la información financiera necesaria para recibir los pagos de CCAP. Entiendo que puedo acceder a asistencia o hacer preguntas sobre el programa.
2. Entiendo que toda la información que brinde en esta solicitud estará protegida, en la medida de lo posible, y que el DHS se reserva el derecho de retener y consultar toda la información proporcionada a través de esta solicitud.
3. Le otorgo al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) y a su agente Public Consulting Group (PCG), el permiso para comunicarse con mi empleador, en cualquier momento, para verificar cualquier información proporcionada en esta solicitud.
4. Entiendo que el DHS se reserva el derecho de cancelar mi inscripción en este programa piloto en caso de que se encuentre que un proveedor viola cualquier ley, regulación, regla o término de solicitud aplicable.
5. Entiendo que los requisitos para este programa piloto incluyen el hecho de que el beneficio de CCAP no se puede usar para cuidar a mi propio hijo. Es decir, para los solicitantes que trabajan en un hogar de cuidado infantil familiar, su hijo no puede estar inscrito en el mismo hogar de cuidado infantil familiar donde trabajan. Para los solicitantes que trabajan en un Centro de cuidado infantil, es posible que el niño no esté en el mismo salón de clases donde trabaja el solicitante.
6. Entiendo que los beneficios de CCAP para el Cuidado Infantil cubrirán un período de certificación de 24 meses; después del período de certificación, soy responsable de mis propios gastos de cuidado infantil.
7. Entiendo que se me enviará una verificación de empleo a mitad de la certificación al correo electrónico proporcionado en esta solicitud alrededor de los 12 meses de mi beneficio piloto. Entiendo que, si no respondo a esta solicitud o no estoy empleado activamente en un programa de cuidado infantil con licencia del DHS, se cancelará mi beneficio piloto.
8. Como participante piloto, entiendo que debo informar cualquiera de las siguientes circunstancias a CCAPforChildCare@pcgus.com dentro de los 10 días a partir de la fecha en que ocurrió la circunstancia. Entiendo que no informar estas circunstancias de manera oportuna puede ser motivo para denegar la elegibilidad o suspender mi participación en el programa CCAP para el cuidado infantil. Estas circunstancias incluyen:
 - Cambio de empleo, ya sea a un nuevo programa de cuidado infantil con licencia del DHS u otro lugar de empleo
 - Un cambio en el ingreso de mi hogar para que supere el trescientos por ciento del Nivel Federal de Pobreza

- Una disminución en las horas de trabajo si el promedio de horas semanales en un lapso de 4 semanas es menos de 20 horas cada semana para el padre que trabaja como educador o personal de cuidado infantil
 - Un cambio de dirección o
 - El niño calificado para los beneficios ya no reside en el hogar
9. Entiendo que la participación en este piloto es voluntaria.
10. Entiendo que las familias que ya reciben los beneficios de CCAP aún pueden participar en este programa piloto y recibirán la exención de copagos. Entiendo que la participación en este programa piloto no tiene ningún otro impacto en un caso CCAP existente.
11. Entiendo que, si se me niega la elegibilidad para el programa piloto CCAP para cuidado infantil, soy responsable del pago a mi proveedor de CCAP por cualquier servicio de cuidado infantil proporcionado. También entiendo que puedo apelar una decisión de denegación y me comunicaré con CCAPforChildCare@pcgus.com para iniciar el proceso de apelación.
12. Estoy de acuerdo y reconozco que, si alguna declaración en esta certificación es falsa, puedo ser castigado con sanciones penales, civiles o administrativas, exclusión de programas federales o estatales, y / o la imposición de multas o daños civiles, entre otros castigos, y el proveedor de cuidado infantil también puede ser castigado, incluidos, entre otros, el reembolso de todos los pagos de CCAP o la revisión de mi licencia de cuidado infantil emitida por el estado.
13. Finalmente, acepto cumplir con todos los requisitos y directrices federales y estatales aplicables.

Padre 1 Firma *

Padre 2 Firma *

Fecha de firma *

MM-DD-AAAA