

**VERIFICACION DEL PROVEEDOR
DE CUIDADO DEL NIÑO
CHILD CARE PROVIDER VERIFICATION**
State of Michigan
Department of Human Services (DHS)

Grantee Name				
Grantee ID			Case Number	
County	District	Section	Unit	Date
Specialist				
Email				
Local DHS Office			Telephone Number	
Local DHS Office Address (Street Number and Name)				
City			State MI	Zip Code

INSTRUCCIONES AL CUIDADOR DE NIÑO:

- Complete toda la información solicitada. Lea todas las partes de la forma. Firme y feche la forma.
- Regrese la forma completa al padre/padre sustituto del niño(s).
- Se le enviará una DHS-198, Desarrollo y Cuidado Infantil Certificado/Aviso de Autorización, si usted es autorizado como cuidador para este niño(s).
- El padre es responsable por gastos de cuidado del niño que no son pagados por DHS, incluyendo gastos contraídos mientras la determinación de los padres o cuidador del niño es procesada.

INSTRUCCIONES AL PADRE/PADRE SUSTITUTO:

- Lea la información completada por el cuidador. Lea las declaraciones de certificación. Firme y feche la forma.
- Regrese la forma completa a su oficina local de DHS.
- Se le enviará una DHS-4690, Desarrollo y Cuidado Infantil Certificado/Aviso al Cliente, si el cuidado es autorizado por este cuidador.

Cuidador de Niño o Nombre del Director de la Guardería	Nombre de la Guardería (Solamente Centros)	Condado
Dirección (Número y Calle)	Ciudad	Estado MI Zona Postal
Número ID del Proveedor	Número de Teléfono ()	

¿Recibe usted algún otro reembolso por el cuidado de cualquiera de los niños enlistados abajo?
 NO SI ▶ Si es sí, ¿por quién? ¿De quién?

¿Donde provee usted el cuidado de niño? (Marque todo lo que aplica.)
 HOGAR DEL NIÑO CASA DE CUIDADO FAMILIAR GUARDERIA
 MI HOGAR CASA DE CUIDADO DE GRUPO

Enliste a todos los niños en la familia del padre/padre sustituto que están en su cuidado.	Fecha de Nacimiento	Fecha que Empezó el Cuidado	¿Tiene usted algún parentesco con este niño?	Si es sí, ¿cuál es su parentesco?
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ➔	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ➔	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ➔	
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI ➔	

PADRES/SUSTITUTOS: Yo certifico que mi (s) hijo (s) reciben la atención de este proveedor a partir de la fecha mencionada anteriormente. Yo entiendo que el acuerdo por el cuidado de niños es entre el proveedor del cuidado de niños y yo. Y yo entiendo que debo reportar mi actividad diaria y horas de cuidado de cada periodo. Debo mantener el DHS-641 y la documentación acreditativa durante 4 años. **Yo entiendo que si mi proveedor es un ayudante de cuidado de niño, Yo soy el empleador y no el DHS y que puedo ser procesado por perjurio si omito intencionalmente o doy información falsa que a mi proveedor o a mi nos permita recibir asistencia a la cual no tenemos derecho. Yo entiendo y estoy de acuerdo que si recibo pagos adicionales por cualquier motivo, los pagos adicionales recibidos deberán ser devueltos, y futuros pagos pueden ser reducidos al 20%.**

CUIDADOR: Estoy de acuerdo con todos los siguientes: (1) No cobraré al padre más que cobro al público general. (2) Mantendré archivos indicando el tiempo de llegada y de salida de cada niño servido sobre una base diaria, certificado por el padre/padre sustituto de cada niño, y guardaré estos archivos por cuatro años. (3) Puedo ser requerido devolver pagos de DHS si una auditoria o investigación encuentra que no tengo los archivos de asistencia requeridos. (4) Los padres de los niños en cuidado tendrán el acceso ilimitado a sus niños mientras ellos están en mi cuidado. (5) Si por alguna razón estoy pagado demasiado, los pagos incorrectos recibidos deben ser reembolsados, y el DHS puede retener el 20% de pagos futuros y aplicar la parte retenida para mi balance de sobrepago hasta que el sobrepago haya sido reembolsado. (6) Soy responsable de todo el uso de los sistemas de facturación electrónicos de DHS por alguien usando mi PIN (número de identificación personal). (7) Limitaré el acceso a mi PIN solamente a individuos designados por mí para actuar como mi representante. (8) Me pondré Inmediatamente con la unidad de servicio de cliente (Customer Service Unit) de DHS al (800) 444-5364 para reestablecer el PIN si sospecho que una persona no autorizada por mí para actuar como mi representante ha obtenido mi PIN. (9) Reportaré solamente las horas del cuidado de niño por las horas en que un niño está presente y en cuidado. (10) Reportaré horas de enfermedad/feriados solamente para los feriados del Estado de Michigan y ausencias debido a la enfermedad del niño (para no exceder dos semanas consecutivas), sólo si cargo dichos feriados y ausencias al público general, y sólo si el niño estuviera normalmente en el cuidado aquellas horas. (11) Sólomente podrá cobrar horas por enfermedad/vacaciones que no exceda el límite de 208 horas por niño, por año fiscal. (12) No reportaré horas por las siguientes razones: Las horas en que un niño está en la escuela, ausencias debido a "no presentarse", como cuando un niño simplemente no asiste o abandona el cuidado sin aviso, periodos de vacaciones del padre/padre sustituto, del niño, o mí, "reservar un espacio" para un niño, solamente las vacaciones del Estado de Michigan cuando un niño no está en cuidado ningún otro día durante el periodo de informe bisemanal (de dos semanas), ausencias continuadas debido a la enfermedad de un niño que exceden dos semanas consecutivas. (13) Entiendo que puedo ser procesado por perjurio o fraude si intencionalmente excluyo información o doy información falsa que hace que beneficios de cuidado niño sean publicadas que el padre/padre sustituto o mí no tienen derecho a recibir, o son mayores a los beneficios que el padre/padre sustituto o mí tienen derecho a recibir.

Firma del Cuidador	Fecha	Firma del Padre/Padre Sustituto	Fecha
--------------------	-------	---------------------------------	-------

AUTORIDAD: Acta Pública 280 de 1939.
 COMPLETACION: Mandatario.
 CONSECUENCIA POR NO LLENAR: Los pagos del subsidio del cuidado de niño no serán autorizados.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.