

Arizona Department of Economic Security  
Administration of Children, Youth and Families (*Administración de Cuidado de Niños*)

**ACUERDO DEL PROVEEDOR/PADRE/MADRE/GUARDIAN**

**ACERCA DE LOS COSTOS DE CUIDADO DE NIÑOS**

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS	NUM. ID FISCAL DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS
------------------------------------------	--------------------------------------------------

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN (*Nombre de pila, apellido*) \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) DEL NIÑO(S) (*Nombre de pila, apellido*) \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> Niño: \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Niño: \_\_\_\_\_

3<sup>er</sup> Niño: \_\_\_\_\_

<b>COSTOS DIARIOS POR CUIDADO DE NIÑOS</b> <b>TIENE QUE LLENAR LAS LINEAS 1 AL 8</b>	<b>DIA COMPLETO (6 hrs. o más)</b>			<b>DIA PARCIAL (menos de 6 hrs.)</b>		
	1 <sup>ro</sup>	2 <sup>do</sup>	3 <sup>ro</sup>	1 <sup>ro</sup>	2 <sup>do</sup>	3 <sup>ro</sup>

1. Tarifa diaria del proveedor.	\$			\$		
2. Comidas: Escriba costo <u>diario</u> (si el costo de la comida está incluido bajo Tarifa diaria del proveedor en la línea 1, escriba 0).	\$			\$		
3. Transporte: Escriba el costo <u>diario</u> (si el costo del transporte está incluido bajo Tarifa diaria del proveedor en la línea 1, escriba 0).	\$			\$		
4. Agregue líneas 1, 2, & 3, escriba la cantidad. LOS TOTALES SON LOS COSTOS DIARIOS POR CUIDADO DE NIÑOS PROYECTADOS DEL PROVEEDOR.	\$			\$		

<b>TARIFA DE REEMBOLSO DEL DES/COPAGO ASIGNADO</b>	<b>DIA COMPLETO (6 hrs. o más)</b>			<b>DIA PARCIAL (menos de 6 hrs.)</b>		
----------------------------------------------------	------------------------------------	--	--	--------------------------------------	--	--

5. Escriba la cantidad del subsidio del DES al proveedor (vea el CC-214, el Acuerdo de Tarifas del Proveedor de Cuidado de Niños).	\$			\$		
6. Escriba la cantidad <u>diaria</u> del Copago Asignado por el DES (vea el Certificado de Autorización).	\$			\$		
7. Substraiga la línea 6 de la línea 5 y escriba la cantidad. ESTA ES LA CANTIDAD DIARIA QUE DES REEMBOLSARÁ AL PROVEEDOR.	\$			\$		

<b>CARGOS DIARIOS RESPONSABLES DEL PADRE/GUARDIAN</b>	<b>DIA COMPLETO (6 hrs. o más)</b>			<b>DIA PARCIAL (menos de 6 hrs.)</b>		
-------------------------------------------------------	------------------------------------	--	--	--------------------------------------	--	--

8. Substraiga la línea 7 de la línea 4 y escriba la cantidad. ESTA ES LA CANTIDAD DIARIA DE LA TARIFA DEL PROVEEDOR QUE EL DES NO SUBVENCIONA, Y QUE ES LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE/GUARDIAN REEMBOLSARLE AL PROVEEDOR.	\$			\$		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	--	--	----	--	--

<b>COSTOS ADICIONALES QUE SON LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN</b>						
DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA DE PAGO			FRECUENCIA DE PAGO		

Cuotas de matrícula:				\$		
Otro ( <i>especifique</i> ):				\$		
Otro ( <i>especifique</i> ):				\$		

Esto acuerdo de Costos por Cuidado de Niños vencerá el (*escriba "Fecha de expiración de la autorización" del Certificado de Autorización*) \_\_\_\_\_ o cuando la elegibilidad del programa cambie; por eso, resultando en cambios a los cargos diarios establecidos en la línea 8.

**FIRMAS (EL PROVEEDOR/PADRE/MADRE/GUARDIAN TIENEN QUE FIRMAR & FECHAR ABAJO)**

Como padre/madre/guardián del niño(s) bajo cuidado, estoy de acuerdo con aceptar la responsabilidad por pagar el copago asignado por día completo/parcial por el DES en la línea 6, los costos por día completo/parcial en la línea 8, y cualquier "costo adicional".

FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN	FECHA
--------------------------------	-------

Como proveedor, entiendo que el DES no supervisará el pago por parte del padre/madre/guardián de los costos que exceden de los costos por día completo/parcial en la línea 7, los costos por día completo/parcial en la línea 8 o cualquier "costo adicional".

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS	FECHA
-----------------------------------------	-------

DISTRIBUCION: **Original** (*blanco*) al proveedor - **Copia** (*amarilla*) al padre/madre/guardiá

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.

- Available in English at the local office.