

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^{er} Niño: _____ 2^{do} Niño: _____

3^{er} Niño: _____

| COSTOS DIARIOS POR CUIDADO DE NIÑOS TIENE QUE LLENAR LAS LINEAS 1 AL 8 | DIA COMPLETO (6 hrs. o más) | | | DIA PARCIAL (menos de 6 hrs.) | | |
|---|------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|-----------------|
| | 1 ^{ro} | 2 ^{do} | 3 ^{ro} | 1 ^{ro} | 2 ^{do} | 3 ^{ro} |

| | | | | | | |
|---|----|--|--|----|--|--|
| 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. | \$ | | | \$ | | |

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

| | | | | | | |
|--|----|--|--|----|--|--|
| 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. | \$ | | | \$ | | |

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

| | | | | | | |
|--|----|--|--|----|--|--|
| 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. | \$ | | | \$ | | |
|--|----|--|--|----|--|--|

| COSTOS ADICIONALES QUE SON LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN | | | | | | |
|---|--------------------|--|--|--------------------|--|--|
| 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.