

ASISTENCIA Y FACTURACIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS

LADO A – EL CLIENTE COMPLETA ESTA SECCIÓN – FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

1. Complete todas las secciones del LADO A y entregue el reporte completado para el 5^{to} día del mes. ¿PREGUNTAS? COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR

2. NOMBRE (1^{ro}, 2^{do}, Apellido) _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

TELÉFONO DEL HOGAR () _____ CELULAR () _____ TELÉFONO DEL TRABAJO () _____

3. ¿Está UD trabajando? Sí No
 ¿Ha tenido cambios en su: empleo dirección otro desde su último reporte?
 Describa el cambio brevemente: _____

4. Me toma _____ horas _____ minutos cada día para viajar de mi casa/guardería al trabajo y/u otra actividad de los Servicios de Empleo de CalWORKs (CWES) aprobada por el condado. Mi receso para almorzar es de 1 hora 1/2 hora

5. Se REQUIERE que UD participe en su actividad asignada de CWES y/o trabajo. Escriba el número de horas que trabajó y/o participó en su actividad asignada cada día en el mes del reporte. (Escriba "0" en los días que no trabajó y/o no asistió a su actividad. No incluya las horas de viaje ni de almuerzo en el total de horas.)

COUNTY USE
CHILD CARE:
Date Approved: _____
Total Billed: \$ _____
(-) Family Fee \$ _____
Potential Payment: \$ _____
Amount Paid: \$ _____
Paid through: _____

TRANSPORTATION
Mo: _____
Amount: \$ _____
Date: _____
Wrkr #: _____

WEEKLY ST

Provider Sign-Off
Date: _____
Site (A): _____
Staff Signature (A): _____
Phone: _____
Date: _____
Site (B): _____
Staff Signature (B): _____
Phone: _____

A _____ (Actividad Uno/Empleo)			B _____ (Actividad Dos/Empleo)					
Día	Horario de Empleo/Actividad	Total de Horas	Día	Horario de Empleo/Actividad	Total de Horas	Día	Horario de Empleo/Actividad	Total de Horas
1	A _____ B _____	/	12	A _____ B _____	/	22	A _____ B _____	/
2	A _____ B _____	/	13	A _____ B _____	/	23	A _____ B _____	/
3	A _____ B _____	/	14	A _____ B _____	/	24	A _____ B _____	/
4	A _____ B _____	/	15	A _____ B _____	/	25	A _____ B _____	/
5	A _____ B _____	/	16	A _____ B _____	/	26	A _____ B _____	/
6	A _____ B _____	/	17	A _____ B _____	/	27	A _____ B _____	/
7	A _____ B _____	/	18	A _____ B _____	/	28	A _____ B _____	/
8	A _____ B _____	/	19	A _____ B _____	/	29	A _____ B _____	/
9	A _____ B _____	/	20	A _____ B _____	/	30	A _____ B _____	/
10	A _____ B _____	/	21	A _____ B _____	/	31	A _____ B _____	/
11	A _____ B _____	/	TOTAL DE HORAS MENSUALES: A: _____ B: _____					
Motivo de Ausencias: _____								

CERTIFICACIÓN

ENTIENDO QUE:

- Estoy certificando que trabajé o participé en mis actividades de CWES en los días y las horas mencionadas arriba.
- Si no envío este formulario completo, mis servicios de apoyo (cuidado de niños, transportación, o pagos por entrenamiento, trabajo y educación podrían ser retrasados, cambiados, negados o terminados.
- Tengo el derecho de escoger al proveedor de cuidado de niños que sea mejor para mí y para mis hijos.
- El proveedor tiene que tener una licencia, o estar exento de tener una, para que CalWORKs me apruebe el pago de cuidado de niños.
- Si elijo un proveedor de cuidado de niños exento de tener licencia, éste tiene que solicitar o estar registrado en la Línea de Confianza y reunir los requisitos de Certificación de Salud y Seguridad a menos que sea tío(a), abuelo(a), escuela exenta o programa de recreación proveyendo el cuidado.
- La información en esta forma puede ser compartida otras agencias estatales o locales, Programas de Recursos y Referencias, Programas de Pagos Alternativos (APP), y agencias federales, incluyendo la oficina de Rentas Internas (IRS) y el Departamento de Impuestos del Estado (FTB).
- Yo debo reembolsar cualquier cuidado de niños y transportación u otros pagos que no haya tenido el derecho a recibir.
- El condado no actúa como el empleador del proveedor de cuidado de niños y no sostiene una relación de negocios con éste cuando se hace un pago del cuidado de niños.
- Si elijo el cuidado de niños en mi hogar, yo soy el empleador y soy responsable por los impuestos del Seguro Social. También entiendo que si tengo al proveedor de cuidado de niños trabajando 20 horas a la semana o más en mi hogar, debo pagar por lo menos el sueldo mínimo y ser responsable por el Seguro de Incapacidad del Estado, y los impuestos de desempleo federales y estatales de acuerdo con el Acta de Estándares Justos Laborales (FLSA).
- Yo autorizo al condado a obtener cualquier verificación necesaria para procesar el pedido. Las declaraciones hechas en esta forma están sujetas a verificación e investigación.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de Estados Unidos de América y el estado de California que la información contenida en el lado A de este reporte es verdadera y correcta.

FIRMA DEL CLIENTE _____ FECHA _____

LADO B – EL PROVEEDOR DE CUIDADO COMPLETA ESTA SECCIÓN (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

1. Complete la siguiente información.		¿Dirección nueva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NOMBRE DEL PROVEEDOR (Nombre, Segundo nombre, Apellido)		NÚMERO TELEFÓNICO
DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL/NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PARA IMPUESTOS
2. <input type="checkbox"/> Tengo Licencia <input type="checkbox"/> Exento (no tengo licencia) Número de licencia: _____		3. El cuidado de niños es proporcionado en: <input type="checkbox"/> Hogar de cuidado diurno familiar <input type="checkbox"/> Centro de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Mi hogar <input type="checkbox"/> El hogar del niño Otro: _____
4. Mes/Año en que el cuidado fue provisto: _____		Costo de Registro: \$ _____

5. NOMBRE DEL NIÑO Y HORAS ESCOLARES	6. COBRO Y *CATEGORÍA DEL COBRO		7. NÚMERO TOTAL POR HORAS, DÍAS, SEMANAS, MES		8. TOTAL DEL MES
Nombre del niño: _____ Horas escolares: de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Niño no está en la escuela	Cobro: \$ _____ (*Categoría del cobro)	X	_____ <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> ½ tiempo semanal <input type="checkbox"/> Tiempo completo semanal <input type="checkbox"/> ½ tiempo mensual <input type="checkbox"/> Tiempo completo mensual	=	\$
Nombre del niño: _____ Horas escolares: de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Niño no está en la escuela	Cobro: \$ _____ (*Categoría del cobro)	X	_____ <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> ½ tiempo semanal <input type="checkbox"/> Tiempo completo semanal <input type="checkbox"/> ½ tiempo mensual <input type="checkbox"/> Tiempo completo mensual	=	\$
Nombre del niño: _____ Horas escolares: de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Niño no está en la escuela	Cobro: \$ _____ (*Categoría del cobro)	X	_____ <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> ½ tiempo semanal <input type="checkbox"/> Tiempo completo semanal <input type="checkbox"/> ½ tiempo mensual <input type="checkbox"/> Tiempo completo mensual	=	\$
Nombre del niño: _____ Horas escolares: de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Niño no está en la escuela	Cobro: \$ _____ (*Categoría del cobro)	X	_____ <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> ½ tiempo semanal <input type="checkbox"/> Tiempo completo semanal <input type="checkbox"/> ½ tiempo mensual <input type="checkbox"/> Tiempo completo mensual	=	\$
Nombre del niño: _____ Horas escolares: de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Niño no está en la escuela	Cobro: \$ _____ (*Categoría del cobro)	X	_____ <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> ½ tiempo semanal <input type="checkbox"/> Tiempo completo semanal <input type="checkbox"/> ½ tiempo mensual <input type="checkbox"/> Tiempo completo mensual	=	\$

***CATEGORÍAS DE COBRO: Por hora, diario, medio tiempo semanal, tiempo completo semanal, medio tiempo mensual, tiempo completo mensual. Vea las Instrucciones de Asistencia y Facturación de Cuidado de Niños para las definiciones.**

Comentarios _____

CERTIFICACIÓN

- Declaro que tengo al menos 18 años de edad.
- Declaro que cuidé los niños mencionados arriba y que las horas de cuidado y los costos totales mensuales son correctos y verdaderos.
- Entiendo que si estoy exento de tener licencia debo solicitar un registro de confianza y un certificado de Salud y Seguridad a menos que yo sea un(a) tío(a), abuelo(a), de los niños que cuido, o una escuela o centro de recreación.
- Entiendo que el número de seguro social arriba provisto, pudiera ser utilizado para verificar si estoy también recibiendo Asistencia Monetaria de CalWORKs, Estampillas para Comida, y/o beneficios de Medi-Cal y que debo reportar este ingreso a mi trabajador de elegibilidad.
- Entiendo que debo cobrar por los niños del participante mencionados arriba, lo mismo o menos de lo que le cobro a otros clientes por el mismo servicio.
- Entiendo que la información en este formulario pudiera ser compartida con otras agencias federales y estatales, incluyendo al Departamento de Rentas Internas (IRS), Programas de Pagos Alternativos (APP), Agencias de Recursos y Referencias, y el Departamento de Impuestos Estatales (FTB).
- Entiendo que el Condado no actúa como mi empleador ni tiene una relación de negocios cuando yo recibo pagos por cuidado de niños.
- Entiendo que el no reportar hechos o el dar información errónea o incompleta en este reporte, puede resultar en acción legal con penalidades o multa, encarcelamiento, o ambas.

Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en el LADO B de esta solicitud, es correcta y verdadera.

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
---------------------	-------