

Iowa Department of Human Services
Payment Application for Nonregistered Providers
(Solicitud de pago para proveedores no registrados)

☐ Nuevo ☐ Renovación

Instrucciones

Complete la Sección A con sus datos. Complete la Sección B **O** la Sección C dependiendo del lugar donde se prestará el servicio:

Marque la casilla que corresponda y complete las secciones indicadas:

☐ Cuidaré a los niños en mi hogar.

☐ Cuidaré a los niños en su propio hogar.

Si marcó esta casilla, complete la sección **B**.

Si marcó esta casilla, complete la sección **C**.

Lea la información de la sección **D** y luego firme la solicitud y escriba la fecha.

A. Infórmenos sobre usted

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento
Apellido de soltera u otros apellidos	Teléfono fijo	Teléfono celular	Cuatro últimos dígitos del N° de Social Security
Domicilio donde se prestan servicios			Dirección postal (si es diferente)
Ciudad	Estado	C.P.	Ciudad
			Estado
			C.P.

Yo ☐ proveeré ☐ no proveeré cuidado a mis bisnietos, nietos, sobrina/sobrino o hermanos.

B. No registrados - Infórmenos sobre las personas que viven con usted

Escriba los nombres de los otros adultos y menores que viven con usted. Si necesita más espacio, use otra hoja de papel y adjúntela a la solicitud.

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Cuatro últimos dígitos del N° de Social Security

C. Servicios a domicilio - Infórmenos sobre la familia a la que le prestará servicios

Para ser proveedor(a) a domicilio debe cuidar como mínimo a tres niños elegibles para CCA. Escriba los nombres de los padres y de los niños a los que les prestará servicios. Si necesita más espacio, use otra hoja de papel y adjúntela a la solicitud.

	Primer Nombre	Apellido
Padre		
Madre		
Niño/a		
Niño/a		
Niño/a		
Niño/a		

D. Su firma

Como una guardería infantil familiar no registrada:

1. Cumpliré con todos los requisitos exigidos para las guarderías infantiles familiares que se encuentran estipulados en el Capítulo 120 del Código Administrativo 441 de Iowa, de conformidad con la sección 237A.3 del Código de Iowa.
2. Entiendo que el Department of Human Services hará las inspecciones necesarias de la casa para determinar su conformidad con estos requisitos.
3. Entiendo que, sujeto a las disposiciones de la sección 237A del Código de Iowa, el Registro Central de Abusadores y el Department of Public Safety revisarán los antecedentes de todos los miembros de mi grupo familiar en todos los casos de solicitudes nuevas y que podrán volver a revisarlos cada vez que tenga que renovar una solicitud.

Como proveedor de una guardería infantil en mi hogar:

4. Cumpliré con todos los requisitos estipulados para ello en el Capítulo 170 del Código Administrativo 441 de Iowa.
5. Cuidaré solamente a los niños que vivan en el hogar familiar. No proveeré cuidado a otros niños.

Acepto que:

6. A mi leal saber y entender, toda la información que entrego es y será verdadera y correcta. Adicionalmente, tengo claro que si entrego un informe falso al Department of Human Services respecto a las operaciones de mi guardería infantil familiar, el estado podrá revocar mi *Child Care Assistance Provider Agreement (Acuerdo de Proveedor de Asistencia Cuidado Infantil)*, formulario 470-3871, y recuperar los pagos hechos.
7. Informaré al Department of Human Services cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad de asistencia como proveedor de guardería infantil familiar dentro de un plazo de 10 días.
8. Daré a conocer cualquier condena criminal y abuso infantil fundado que yo, o cualquier persona que resida en mi hogar, haya recibido en este estado o en cualquier otro estado.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Tiene derecho a apelar

Usted o la persona que le esté ayudando pueden solicitar una audiencia por escrito, si no está de acuerdo con la acción tomada en su caso. Puede comunicarse con la oficina DHS del condado para averiguar sobre los servicios legales disponibles según su capacidad de pago. También puede llamar a Iowa Legal Aid al teléfono 1-800-532-1275. Si vive en el Condado de Polk, llame al 243-1193.

No sufrirá discriminación

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es brindarles trato equitativo en cuanto a empleo y prestación de servicios a todos los solicitantes, empleados y clientes sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad o discapacidad.

Si considera que ha sufrido discriminación o acoso por parte de DHS, le agradeceremos que envíe una carta explicando su queja a: Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Bureau of Policy Coordination, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114, o por correo electrónico a FDHS@hhs.iowa.gov