

Attachment A - Authorization for CCAP Sick Leave Payment to Approved Assistants



Rhode Island Department of Human Services
 Office of Child Care
 25 Howard Avenue, LP Bldg. 1st Floor
 Cranston, R.I. 02920
 (401) 462-6877

Attachment A - Authorization for CCAP Sick Leave Payment to Approved Assistants

Licensed providers may authorize payment to Approved Assistants commencing on July 1, 2018, to reimburse providers for sick leave. Authorization may only be made in accordance with the terms of the Collective Bargaining Agreement. By completing the form below, you are authorizing DHS, pursuant to Rhode Island Gen. Laws Section 28-57-1 *et seq.* ("Healthy and Safe Families and Workplaces Act") to provide payment to your Approved Assistant during your absence for the following reasons:

1. Your own or a family member's mental or physical illness, injury or health condition;
2. Your own or a family member's need for medical diagnosis, care, or treatment of a mental or physical illness, injury or health condition;
3. Your own or a family member's need for preventive medical care;
4. Closure of your place of business by order of a public official due to a public health emergency or your need to care for a child whose school or place of care has been closed by order of a public health official due to a public health emergency;
5. Your need to care for yourself or a family member when it has been determined by the health authorities having jurisdiction or by a health care provider that you or your family member's presence in the community may jeopardize the health of others because of your exposure to a communicable disease, whether or not you or the family member has actually contracted the communicable disease; or
6. Time off need when you or a member of your family is a victim of domestic violence, sexual assault or stalking.

Approved Assistants *must* be approved RI FANS vendors in order to be reimbursed for sick leave care they provide. **(To become qualified as a RI FANS vendor, Approved Assistants must submit a W-9 to the CCAP Child Care Office at DHS.)**

Provider name:	DHS Provider Number:
Provider Email:	
Date of Sick Leave: (one form per date)	Total Hours Used: (increments of 2)
Approved Assistant Name:	RI FANS Vendor Number: (DHS Use only)
Approved Assistant E-mail (if available):	

I certify under penalty of perjury that the information reported on this form is true and accurate, that I appropriately discharged sick leave during the time indicated above, or I will be liable to the State of Rhode Island for any payments made to the Approved Assistant named above based on my representations herein.

CCAP Provider's Signature: _____

Date: _____

Please submit this completed and signed form to the CCAP Child Care Office at RI DHS.

Email: DHS.ChildCare@dhs.ri.gov Fax: (401) 462-6878

Anexo A - Autorización para el Pago de Licencia por Enfermedad del CCAP a Asistentes Aprobados



Rhode Island Department of Human Services
 Office of Child Care
 25 Howard Avenue, Edificio LP, 1^{er} Piso
 Cranston, R.I. 02920
 (401) 462-6877

Anexo A- Autorización para el Pago de Licencia por Enfermedad del CCAP a Asistentes Aprobados

Los proveedores autorizados pueden permitir el pago a los Asistentes Aprobados a partir del 1 de julio de 2018 para reembolsar a los proveedores por licencia por enfermedad. La autorización sólo podrá hacerse de acuerdo con los términos del Acuerdo de Negociación Colectiva. Al completar el siguiente formulario, usted está autorizando al DHS, de conformidad con Leyes Generales de Rhode Island Sección 28-57-1 y siguientes. ("Ley de Familias y Lugares de Trabajo Saludables y Seguros") para entregar el pago a su Asistente Aprobado durante su ausencia por las siguientes razones:

1. Enfermedad mental o física, lesión o condición de salud propia o de un miembro de su familia;
2. Su propia necesidad o la de un familiar para el diagnóstico médico, la atención o el tratamiento de una enfermedad mental o física, lesión o condición de salud;
3. Su propia necesidad o la de un miembro de la familia de recibir atención médica preventiva;
4. Cierre de su lugar de negocios por orden de un funcionario público debido a una emergencia de salud pública o su necesidad de cuidar a un niño, cuya escuela o lugar de atención ha sido cerrado por orden de un funcionario de salud pública debido a una emergencia de salud pública;
5. Su necesidad de cuidar de usted mismo o de un miembro de la familia cuando haya sido determinado por las autoridades de salud que tienen jurisdicción o por un proveedor de atención médica que usted o la presencia de su familiar en la comunidad pueden poner en peligro la salud de los demás debido a su exposición a una enfermedad transmisible, ya sea que usted o el miembro de la familia haya contraído realmente la enfermedad transmisible; o
6. La necesidad de tiempo libre cuando usted o un miembro de su familia es víctima de violencia doméstica, agresión sexual de acoso.

Los Asistentes Aprobados *deben* ser proveedores aprobados de RI FANS para que se les reembolse la atención que proporcionan durante la licencia por enfermedad. **(Para llegar a ser un proveedor aprobado por RI FANS, los Asistentes Aprobados deben presentar un W-9 a la Oficina de Cuidado Infantil del CCAP en el DHS.)**

Nombre del proveedor:	Número del DHS del Proveedor:
Correo Electrónico del Proveedor:	
Fecha de Licencia por Enfermedad: (un formulario por fecha)	Total de horas a utilizar: (en intervalos de 2)
Nombre del Asistente Aprobado:	Número Vendedor del RI FANS: (Para uso exclusivo del DHS)
Correo electrónico del asistente aprobado (si está disponible):	

Certifico bajo pena de cometer perjurio que la información reportada en este formulario es verdadera y precisa, que debidamente descargué la licencia por enfermedad durante el tiempo indicado anteriormente, o seré responsable ante el Estado de Rhode Island por cualquier pago realizado con el Asistente Aprobado mencionado anteriormente con base en mis declaraciones.

Firma del Proveedor del CCAP: _____ Fecha: _____

Por favor, envíe este formulario completo y firmado a la Oficina de Cuidado Infantil del CCAP en RI DHS. Correo electrónico: DHS. DHS.ChildCare@dhs.ri.gov Fax: (401) 462-6878