



Rhode Island Department of Human Services

Office of Child Care – Child Care Assistance Program

CCAP 350 – FCC Autorización para el Pago de un Proveedor del CCAP Durante Vacaciones/Cierre.

Licensed Family Child Care Home Provider
Authorization for CCAP Payment During a Provider’s Vacation/Closure

DHS allows licensed family child care providers to receive payment for up to two (2) weeks per calendar year for coordinated vacation/closure dates during which an eligible CCAP child is absent and the parent authorizes payment.

By completing the form below, you are authorizing DHS to provide payment to your child care provider during their vacation/closure and your child’s absence from the program and agree not to enroll your child with another child care provider during this time.

If you wish to take your child to another CCAP provider during this time, please do NOT submit this form, as DHS will not issue payment to more than one provider for the same hours of care.

Table with 6 rows: Provider ID, Provider Name, Week of Vacation/Closure, Parent Name, Certificate Number, Child(ren)’s Name(s)

I certify that the information reported on this form is true and accurate. The child care provider must include this form with their billing invoice in order for DHS to issue payment. No CCAP payment shall be made for the 2 weeks per calendar year allowable limit has been reached.

Signature of Parent

Date

Signature of Provider

Date

Provider Printed Name

Position/Title

Complete this form and upload it with the billing invoice or send it by email or postal mail to:



Rhode Island Department of Human Services

Office of Child Care – Child Care Assistance Program

CCAP 350 – FCC Autorización para el Pago de un Proveedor del CCAP Durante Vacaciones/Cierre.

Proveedor Autorizado de Hogar de Cuidado Infantil Familiar
Autorización para el Pago de un Proveedor del CCAP Durante Vacaciones/Cierre

El DHS permite que los proveedores autorizados de cuidado infantil familiar reciban el pago por un máximo de dos (2) semanas por año calendario por concepto de vacaciones/cierre durante las cuales un niño elegible del CCAP está ausente y el padre autoriza el pago.

Al completar el siguiente formulario, usted está autorizando al DHS a proporcionar el pago a su proveedor de cuidado infantil durante sus vacaciones/cierre y la ausencia de su hijo del programa, y acepta no inscribir a su hijo con otro proveedor de cuidado infantil durante este tiempo.

Si desea llevar a su hijo con otro proveedor del CCAP durante este tiempo, POR favor NO envíe este formulario, ya que el DHS no emitirá el pago a más de un proveedor por las mismas horas de atención.

Table with 6 rows: ID del Proveedor, Nombre del Proveedor, Semana de Vacaciones/Cierre, Nombre del Padre, Número de Certificado, Nombre(s) del (de los) Niño(s)

Certifico que la información presentada en este formulario es verdadera y precisa. El proveedor de cuidado infantil debe incluir este formulario con su factura de cobro para que el DHS emita el pago. No se efectuará ningún pago por parte del CCAP por las ausencias una vez que se haya alcanzado el límite permitido de 2 semanas en un año calendario.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Proveedor

Fecha

Nombre del Proveedor en Letra Imprenta

Cargo/Título

Complete este formulario y cárguelo con la factura de facturación o envíelo por correo electrónico o correo postal a: