

# Parent/Provider Enrollment Agreement

Rev. 4/2023

This form is to be used by the parent and the provider when enrolling a CCAP-eligible or potentially eligible child at an approved DHS CCAP provider. One form must be completed per enrolled child. It must be completed and signed by the parent **and** the child care provider; a copy is to be kept by both parties. It is the **provider's responsibility** to submit this information to DHS via the Provider Portal **before or during the first week of care**. Once the enrollment is complete, the parent and the provider will receive an Enrollment notice.

CCAP Provider ID:	Provider Name:
Parent's Full Name:	Certificate Number:
Child's Full Name:	Child's DOB:

AGREED HOURS OF CARE					
Care Start Date:			Use this section when child's schedule is a split day		
Care End Date:					
Day	Start Time	End Time		Start Time	End Time
Sunday					
Monday					
Tuesday					
Wednesday					
Thursday					
Friday					
Saturday					

The undersigned Provider, hereafter referred to as "Provider" agrees to care for the above-named child for the period indicated in this enrollment. Provider further agrees that the days and times the child will attend were agreed upon by the Provider and the undersigned parent of the child.

The Provider agrees to accept the DHS payment based on the DHS authorization and approval provided to the family, either Full-Time, Three-Quarter Time, Half Time, or Quarter Time as payment in full.

Both parties agree and understand that any services provided in excess of authorized hours shall be the sole responsibility of the parent.

The undersigned parent agrees to pay his/her share of the child care cost (copayment) in accordance with the RI DHS rules and regulations specified in the notice sent by the RI DHS Child Care Assistance Program.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Provider

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Provider Printed Name

\_\_\_\_\_  
Position/Title

# Acuerdo de inscripción de padres/proveedores

Rev. 4/2023

Este formulario debe ser utilizado por el padre y el proveedor al inscribir a un niño elegible o potencialmente elegible para CCAP en un proveedor de CCAP aprobado por DHS. Se debe completar un formulario por niño inscrito. Debe ser completado y firmado por el padre y el proveedor de cuidado infantil; ambas partes deben conservar una copia. Es responsabilidad del proveedor enviar esta información al DHS a través del Portal del proveedor antes o durante la primera semana de atención. Una vez que se complete la inscripción, el padre y el proveedor recibirán un aviso de inscripción.

<b>ID de CCAP:</b>		<b>Nombre del Proveedor:</b>	
<b>Nombre de los Padres:</b>		<b>Núm. de certificado:</b>	
<b>Nombre de la niña o niño:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	

HORAS DE ATENCION ACORDADAS					
Fecha de Inicio de la Atención:				Use esta sección cuando el horario del niño es un día dividido	
Fecha de Finalización de la Atención:					
Día	Hora de Inicio	Hora de Finalización		Hora de inicio	Hora de Finalización
Domingo					
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sabado					

El Proveedor que suscribe, en lo sucesivo denominado "Proveedor", acepta cuidar al niño mencionado anteriormente durante el período indicado en esta inscripción. El proveedor también acepta que los días y horas en que asistirá el niño fueron acordados por el proveedor y el padre del niño que suscribe.

El proveedor acuerda aceptar el pago del DHS basado en la autorización y aprobación del DHS proporcionada a la familia, ya sea a tiempo completo, tres cuartos de tiempo, medio tiempo o un cuarto de tiempo como pago total.

Ambas partes acuerdan y entienden que cualquier servicio prestado en exceso de las horas autorizadas será responsabilidad exclusiva de los padres.

El padre que suscribe acepta pagar su parte del costo del cuidado infantil (copago) de acuerdo con las normas y reglamentos del RI DHS especificados en el aviso enviado por el Programa de asistencia para el cuidado infantil del RI DHS.

Firma del Padre

Fecha

Firma de Proveedor

Fecha

Nombre impreso del proveedor

Título / Ocupación