



## INSTRUCCIONES DOCUMENTO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DEL PROVEEDOR CCEG-06A-21 CARES

### PROPOSITO DEL DOCUMENTO:

La hoja de disponibilidad de servicios del proveedor es el documento oficial en el que el padre, madre o encargado establece su necesidad de servicios. En el mismo documento el proveedor de servicios certifica que se encuentra disponible para ofrecer el servicio en este horario. De igual manera el proveedor ofrece información demográfica básica para ser contactado.

### INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Este documento será completado en todas sus partes por el padre, madre o encargado y el proveedor de servicios seleccionado.
2. El documento aplica a todos los proveedores: Centro Licenciado, Hogar Licenciado, Hogar Exento No Familiar y Hogar Familiar.
3. En el caso de un Centro Licenciado, el documento será completado por un personal autorizado.
4. En caso de que el proveedor vaya a ofrecer servicios para más de un menor de la misma familia, completará un documento por cada menor al que vaya a ofrecer servicios.
5. Luego de completarlo y firmarlo se digitalizará el documento para añadirlo como parte de su solicitud.

### INSTRUCCIONES ESPECIFICAS PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O ENCARGADO

1. Nombre del solicitante / participante – Ingrese el nombre del padre o madre o encargado que ha solicitado los servicios del Programa Child Care a través de los fondos del Cares Act.
2. Nombre del menor – Ingrese el nombre del menor para quien han solicitado servicios, (en caso de ser mas de un menor completará más de un documento).
3. Necesidad de servicios –
  - a. Marque con una marca de cotejo o una X, los días de la semana que necesita el servicio.
  - b. Redacte en la parte de entrada la hora en que el menor comienza a recibir el servicio.
  - c. Redacte en la parte de salida la hora en que el menor termina los servicios.
  - d. Redacte el total de horas diarias.
  - e. Redacte el total de horas a la semana.

## **INSTRUCCIONES ESPECIFICAS PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS SELECCIONADO**

1. Nombre del proveedor – Redacte el nombre de la persona o entidad que ofrecerá el servicio.
2. Dirección física – Redacte la dirección física del proveedor.
3. Dirección postal – Redacte la dirección postal del proveedor.
4. Número de teléfono - Redacte el número de teléfono del proveedor.
5. Correo electrónico - Redacte el correo electrónico del proveedor.
6. Tipo de proveedor- Seleccione con una X o una marca de cotejo el tipo de proveedor del que se trata:
  - a. Centro licenciado
  - b. Hogar Licenciado
  - c. Hogar exento no familiar
  - d. Hogar familiar
    - i. Tipo de parentesco con el menor – Favor redactar de manera clara cuál es su vínculo con el menor.
  - e. Cuidador que visita el hogar del menor
    - i. Seleccionar si es un familiar o no familiar.
7. Proveedor nuevo en el Programa Child Care – Favor de seleccionar Si, de ser un proveedor nuevo y No, de ser proveedor existente en el programa.
8. Numero de Certificación de Proveedor Elegible – Si es un proveedor nuevo, deje el espacio en blanco. Si es un proveedor existente, coloque el número de la certificación de elegibilidad.
9. Costo por el servicio – Redacte el costo que tiene el servicio para un menor en la misma categoría del que solicita el servicio.
10. Fecha de expiración – Redacte la fecha de expiración de la Certificación de Proveedor Elegible en caso de ser un proveedor existente, de ser un proveedor nuevo dejarlo en blanco.
11. Periodos de cierre – Redacte el mes y las fechas desde hasta que estará cerrado durante el periodo de tiempo de la elegibilidad, de igual forma redacte el total de días.
12. Nombre de proveedor o su representante – Redacte el nombre del proveedor o su representante.
13. Fecha – Redacte la fecha en la que completa el formulario.
14. Firma del proveedor o su representante – Firma de la persona que completa el documento.



## DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DEL PROVEEDOR

Información de identificación para ser completado por el padre, madre o encargado(a):

Nombre del Solicitante / Participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Menor: \_\_\_\_\_

Necesidad de Servicio:

Horario de Servicio				
	Día	Entrada	Salida	Total Horas
<input type="checkbox"/>	Domingo			
<input type="checkbox"/>	Lunes			
<input type="checkbox"/>	Martes			
<input type="checkbox"/>	Miércoles			
<input type="checkbox"/>	Jueves			
<input type="checkbox"/>	Viernes			
<input type="checkbox"/>	Sábado			
<input type="checkbox"/>	Turnos rotativos			
Total de horas:				

Información del Proveedor para ser completado por el proveedor de servicios:

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Programa Child Care**

Ave. de la Constitución Pda. 2, San Juan, PR 00902 · PO Box 15091, San Juan, PR 00902-5091  
Tel. 787-724-7474 Fax: 787-725-5443

Tipo de proveedor:  Centro licenciado     Hogar licenciado     Hogar exento no familiar

Hogar familiar, tipo de parentesco con el menor: \_\_\_\_\_

Cuidador que visita el hogar del menor en caso de menores encamados  
 ( familiar     no familiar)

Proveedor nuevo en el Programa Child Care:  Si     No

Numero de Certificación de Proveedor Elegible: \_\_\_\_\_ Costo por servicio \_\_\_\_\_

Fecha de expiración: \_\_\_\_\_  
 (día/mes/año)

Periodos de Cierre (No disponibilidad de Servicio)			
Mes	Desde	Hasta	Total Días

Certifico que al momento de completar este documento me encuentro disponible para brindar servicios de cuidado al beneficiario en el horario de necesidad de servicio del padre, madre o encargado(a). Además, entendiendo que este documento no establece una expectativa de servicios para el proveedor ni para el solicitante, pues está sujeto a la determinación de elegibilidad y a la disponibilidad de espacios luego de culminado el proceso.

El Servicio se brindará en los días seleccionados y en el horario redactado en este documento. El pago se recibirá por a la tarifa del niño según la categoría correspondiente. Del niño no recibir el servicio se devolverá cualquier suma de dinero recibida por servicio no orecido.

\_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor o su representante

\_\_\_\_\_  
 Nombre del padre, madre o encargado

\_\_\_\_\_  
 Firma del proveedor o su representante

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre, madre o encargado

\_\_\_\_\_  
 (día/mes/año)

\_\_\_\_\_  
 (día/mes/año)

**Programa Child Care**