

**FACTURACIÓN POR CUIDADO INFANTIL para (Mes y Año): \_\_\_\_\_**  
**PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL**  
**Regrese al padre el 1<sup>er</sup> día laboral después del mes de facturación**

NOMBRE DEL CLIENTE: (PRIMERO, Segundo, Apellido): \_\_\_\_\_

Número del Caso \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>1. Complete la siguiente información.</b>   |  | ¿Nueva Dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR / LUGAR (Primero, Segundo, Apellido)  |  | DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)  |
| NÚMERO TELEFÓNICO<br>Móvil: _____ Hogar: _____   |  | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PARA IMPUESTOS:  |
| 2. Yo estoy: <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Exento (Sin-Licencia)<br>Número de Licencia de la Localidad: _____ |  | 3. El cuidado infantil se provee en:<br><input type="checkbox"/> Guardería Infantil <input type="checkbox"/> Centro para Cuidado Infantil <input type="checkbox"/> Mi Hogar<br><input type="checkbox"/> El Hogar del Niño Otro: _____ |
| 4. Tarifa de Registro Anual: \$ _____  |  |   |

| 5. NOMBRE DEL NIÑO Y HORARIO ESCOLAR  | 6. CANTIDAD MENSUAL TOTAL POR HORA, DÍA, SEMANA, MES  | 7. TARIFA                    | 8. TOTAL MENSUAL SOLICITADO |
|---|---|------------------------------|-----------------------------|
| Nombre del Niño: _____<br>Horario Escolar: de ____ a ____<br>Edad ____ <input type="checkbox"/> No está en la escuela | Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana<br>Parcial <input type="checkbox"/> Semana Completa<br><input type="checkbox"/> Mes Parcial <input type="checkbox"/> Mes Completo | X<br>Cantidad:<br>\$ _____ = | \$ _____                    |
| Nombre del Niño: _____<br>Horario Escolar: de ____ a ____<br>Edad ____ <input type="checkbox"/> No está en la escuela | Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana<br>Parcial <input type="checkbox"/> Semana Completa<br><input type="checkbox"/> Mes Parcial <input type="checkbox"/> Mes Completo | X<br>Cantidad:<br>\$ _____ = | \$ _____                    |
| Nombre del Niño: _____<br>Horario Escolar: de ____ a ____<br>Edad ____ <input type="checkbox"/> No está en la escuela | Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana<br>Parcial <input type="checkbox"/> Semana Completa<br><input type="checkbox"/> Mes Parcial <input type="checkbox"/> Mes Completo | X<br>Cantidad:<br>\$ _____ = | \$ _____                    |
| Nombre del Niño: _____<br>Horario Escolar: de ____ a ____<br>Edad ____ <input type="checkbox"/> No está en la escuela | Por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana<br>Parcial <input type="checkbox"/> Semana Completa<br><input type="checkbox"/> Mes Parcial <input type="checkbox"/> Mes Completo | X<br>Cantidad:<br>\$ _____ = | \$ _____                    |
| Comentarios: _____  |   |                              |                             |

**CERTIFICACIÓN**

- Declaro que tengo al menos 18 años de edad y que las horas de cuidado y que el costo total mensual declarados arriba son verdaderos y correctos.
- Declaro que proporcioné el cuidado infantil declarado arriba y que las horas de cuidado y que los costos totales mensuales declarados arriba son verdaderos y correctos.
- Entiendo que si estoy exento de tener licencia, tengo que solicitar para la Línea de Confianza y Certificación de Salud y Seguridad a menos que yo sea tío/o, abuelo/a, tío/a-abuelo/a, bisabuelo/a de un niño bajo mi cuidado, o una escuela o centro de recreación.
- **Entiendo que el Número de Seguro Social provisto arriba podría ser utilizado para verificar si estoy recibiendo beneficios de CalWORKs, CalFresh, y/o Medi-Cal y que tengo que reportar dichos ingresos a mi trabajador.**
- Entiendo que la tarifa que cobro por los niños arriba mencionados, tiene que ser igual o menos que lo que le cobro a otros clientes por el mismo servicio.
- Entiendo que la información en esta forma podría ser compartida con otras agencias estatales y federales, incluyendo al Servicio de Rentas Internas (IRS), Programas de Pago Alternativo (APP), Agencias de Recursos y Referidos, y el Departamento de Impuestos Estatales (FTB).
- **Entiendo que el Condado no actúa como mi empleador ni tiene una relación de negocios conmigo cuando recibo un pago por cuidado infantil.**
- Entiendo que el no reportar hechos o el dar declaraciones falsas o incompletas en este reporte podría resultar en una acusación, con sanciones o multas, cárcel, o ambas.

**Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información contenida en esta forma es correcta y verdadera.**

|   |       |
|---|-------|
| FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL   | FECHA |
| <b>PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE:</b>  |       |
| Date Child Care Authorized: _____ Total Billed: \$ _____ (-) Family Fee: \$ _____ Amount Paid: \$ _____ Paid through: _____ |       |

## INSTRUCCIONES PARA FACTURACIÓN PARA EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

**Instrucciones para el Proveedor de Cuidado Infantil:** Las formas para Asistencia y para Facturación por Cuidado Infantil han sido separadas entre dos formas: Verificación de Asistencia (SCD 1755A), Facturación por Cuidado Infantil (SCD 1755B). La SCD 1755A es utilizada por clientes de Servicios de Empleo de CalWORKs (CWES) para reportar asistencia a todas las actividades de CWES. La SCD 1755B es completada por el proveedor de cuidado infantil para cobrar por cuidado infantil de clientes de CWES participando en actividades de CWES. Se requiere que el cliente presente la SCD 1755B junto con la SCD 1755A.

- Sección 1. Si la dirección donde está proveyendo el cuidado infantil ha cambiado, indíquelo marcando "Sí". En la casilla NOMBRE DEL PROVEEDOR / LUGAR, escriba el nombre del centro de cuidado infantil. Si su centro no tiene licencia, escriba su nombre completo. En la casilla DIRECCIÓN, escriba la dirección registrada para recibir pagos por cuidado infantil. Ingrese su número de identificación para impuestos. Para centros sin licencia, escriba su número de seguro social. Ingrese su número telefónico.
- Sección 2. Marque la casilla apropiada para su tipo de proveedor. Si usted es un proveedor autorizado, ingrese el número de licencia de su instalación.
- Sección 3. Marque la casilla apropiada que indique dónde se provee el cuidado infantil. Si marcó "Otro", favor de explicar.
- Sección 4. Indique si la tarifa de registro anual está siendo incluida en el mes de factura.
- Sección 5. Escriba el nombre del niño y el horario escolar. Si el horario escolar no aplica, marque la casilla, "No está en la escuela". Ingrese la edad del niño.
- Sección 6. Ponga la cantidad mensual total por hora, día, semana o mes. Debajo de esta cantidad, marque la casilla apropiada que refleje la categoría de tarifa (Por Hora, Día, Semana Parcial, Semana Completa, Mes Parcial o Mes Completo).
- Sección 7. Entre la cantidad (tarifa) que usted cobra y la categoría de tarifa. Vea la "Guía del Proveedor de Cuidado Infantil para CalWORKs" para la definición de las categorías de tarifas.
- Sección 8. Multiplique el número de horas, días, semanas o mes en la Sección 6 por la tarifa en la Sección 7 y ponga el total en la Sección 8.

| Categoría de Tarifa   | Use cuando la necesidad certificada para cuidado infantil es. . .   |
|---|---|
| Por hora  | 15 horas o menos por semana Y no más de 6 horas por día.  |
| Por Día   | No más de 14 horas por mes Y más de 6 horas por día. La tarifa solamente está disponible para proveedores licenciados.  |
| Por Semana (Parcial)  | Más de 15 horas por semana pero menos de 30 horas por semana Y la necesidad ocurra por lo menos 3 veces por semana. La tarifa solamente está disponible para proveedores licenciados. |
| Por Semana (Completa)   | 30 o más horas por semana.  |
| Por Mes (Parcial)   | Más de 15 horas por semana pero menos de 30 horas por semana Y la necesidad ocurra en todas las semanas del mes.  |
| Por Mes (Completo)  | 30 o más horas por semana Y la necesidad ocurra en todas las semanas del mes.   |
| NOTA: La tarifa del proveedor tiene que equivaler a la necesidad certificada de la familia. |   |

Certificación Lea la Certificación, y entonces firme, feche y regrese la forma al **PADRE EN EL 1<sup>ER</sup> DÍA LABORAL DEL MES DESPUÉS DEL MES DEL REPORTE.**

**Aviso:** Regrese la forma para Facturación por Cuidado Infantil (SCD 1755B) al cliente. El cliente es responsable de entregarle ambas formas a su Consejero de Empleo.

**Importante:** Favor de notificarle inmediatamente al Consejero de Empleo del cliente si el niño deja de ir al cuidado infantil por 3 días laborales consecutivos.