



## Cargos Mensuales por Cuidado de Dependientes

Este formato se utiliza para determinar la cantidad mensual de cuidado infantil, no es una Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil.  
Debe completar una Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil para determinar si es elegible.

*Para uso oficial exclusivamente:*

Nombre del Caso	Número IBES	Número de Familia
-----------------	-------------	-------------------

### PARTE A: Completar por el Padre de Familia

Nombre Completo del Padre:	Número de Teléfono (Día):
Dirección de su hogar:	Teléfono en el empleo:

### PARTE B: Completar por el Proveedor de Cuidado Infantil

#### Sección 1: Información del Registro

**Debe contar con un Número de Vendedor de ICCP (Programa de Idaho para el Cuidado Infantil) antes de ser elegible para recibir pagos del ICCP.**

¿Está Ud. registrado en el Programa de Idaho para el Cuidado Infantil (ICCP)?  Si # de Vendedor:  No

Nombre del Proveedor:	Nombre del Negocio:
-----------------------	---------------------

Teléfono del Proveedor:

Dirección del Proveedor:

#### Sección 2: Registro

**Nuevo Registro – Fecha del Registro:** \_\_\_\_\_ (fecha).

¿Cobra usted una cuota de Registro?  No  Si: \$ \_\_\_\_\_

**Cambio de Registro (seleccione una):**

El cambio será a partir del día: \_\_\_\_\_ (fecha).

Estos son los cargos finales. El (los) Niño(s) no asistirán a este programa a partir del: \_\_\_\_\_ (fecha).

**Si estos son los cargos finales, este formato se puede enviar sin la firma de los padres.**

#### Sección 3: Detalles del Registro/Cambio (Si necesita más espacios, por favor escriba al reverso.)

Nombre de Cada Niño que Recibe Cuidado	Costo Mensual por Niño	Horas Totales de Cuidado al Mes	Mes del Servicio de Cuidado	Cargos por Todo el Mes	Cargos por una Parte del Mes
	\$			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Al firmar este formato, reconocemos que los términos arriba mencionados fueron acordados por ambas partes.**

Firma del Proveedor	Número de Vendedor	Fecha
---------------------	--------------------	-------

Firma del Padre	Número de Seguridad Social	Fecha
-----------------	----------------------------	-------

El **padre** debe reportar el cambio de proveedor, actividad de los padres, necesidad de cuidado infantil, o ingresos. El **proveedor** debe reportar si un niño deja de asistir y cualquier cambio en el cobro.