IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

HW0427S
Rev. 1/2012

Cargos Mensuales Por Cuidado De Dependientes

Esta forma es usada para determinar los cargos mensuales por el cuidado de niño, no es una Solicitud De Asistencia Para Cuidados Infantiles. Si desea aplicar, porfavor complete una Solicitud De Asistencia Para Cuidados Infantiles para que su eligibilidad puedar ser determinada.

Nombre del Caso:	Número de Caso:
	Número de Caso de Familia:

PARTE A: COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE

Nombre Completo del Padre/Madre:	Teléfono de Dia (casa o celular):
Dirección:	Teléfono de Trabajo:
Contacto en caso de emergencia:	

PARTE B: COMPLETADO POR EL PROVEEDOR

Sección 1: Información de Inscripción

Fecha de Inscripción Para Nuevos Niños:	Cargo de Registro Por Niño:
Nombre del Proveedor:	Nombre del Negocio, si es diferente:
Dirección del Proveedor:	
No. de Teléfono del Proveedor:	

¿Esta usted registrado en el Programa para el Cuidado de Niño de Idaho (ICCP)? ☐ Si ☐ No

¿A cuantos niños usted prove cuidado usualmente? (Incluyendo los niños listados abajo, pero no sus propios niños)

☐ 6 o menos ☐ 7–12 ☐ 13 o mas

Sección 2: Cambios en el Cuidado de Dependientes Existentes (no requerido para nuevas inscripciones)

Fecha Efectiva del Cambio:

Sección 3: Inscripción/Cambios (Requerido)

Nombre de Cada Niño Recibiendo Cuidado Dependiente	Costo Mensual Por Cada Niño	Número de Horas Mensuales de Cuidado	Mes de Cuidado	Cargos de Mes Completo	Cargos de Mes Parcial
	$			☐	☐
	$			☐	☐
	$			☐	☐
	$			☐	☐

AL FIRMAR ESTA FORMA, RECONOCEMOS LOS TERMINOS DE ARRIBA HAN SIDO ACORDADOS POR AMBAS PARTES.

(Firma del Proveedor) *(No. de Vendedor)* *(Fecha)*

del Padre/Madre) *(No. de Seguro Social)* *(Fecha)*

El Padre debe de reportar un cambio de proveedor, cambio de trabajo, cambio en las necesidades del cuidado del niño y cambio en los ingresos. El Proveedor debe de reporter cuando cambian las cantidades que combran. Estos cambios deben de ser reportado dentro de 10 dias.

Blanco – DHW copia, Amarillo – Proveedor copia, Rosa – cliente copia