



Cargos Mensuales por Cuidado de Dependientes

Esta forma se utiliza para determinar la cantidad mensual de cuidado infantil, no es una Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil. Usted debe completar una Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil para determinar si es elegible.

- **Familias** deben reportar cuando sus horas de actividad aumentan de tiempo parcial a tiempo completo, disminuyen de tiempo completo a tiempo parcial, o sus horas de actividad terminan.
- **Proveedores** deben reportar cambios en la cantidad cobrada.
- **Ambos** son responsables para reportar si un niño/a deja de atender.

HW0427S | Rev. 9/2015

<i>Para uso oficial solamente:</i>		
Nombre del Caso	Número en IBES	Número de Familia

PARTE A: Completar por el Padre de Familia

Nombre Completo del Padre:	Número de Teléfono:
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 antes de ser elegible para recibir pagos del ICCP.

¿Está usted registrado en el Programa de Idaho para el Cuidado Infantil (ICCP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	V								
De ser así, ingrese su número de vendedor completo , incluyendo las dos últimas letras:									

Nombre del Proveedor:	Nombre del Negocio:
Teléfono del Proveedor:	
Dirección del Proveedor:	

Sección 2: Registro (seleccione una)

<input type="checkbox"/> Nuevo Registro. Fecha del Registro: _____ Tarifa de Matrícula: \$ _____ <input type="checkbox"/> Por niño <input type="checkbox"/> Por familia
<input type="checkbox"/> Cambio de Registro. Fecha Efectiva: _____
<input type="checkbox"/> La inscripción terminó. Estos son los cargos finales. El (los) Niño(s) no asistirán a este programa a partir del (fecha): _____ <i>Si estos son los cargos finales, este formato se puede enviar sin la firma de los padres.</i>

Sección 3: Cargos (Si necesita más espacio, 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 forma, 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