

# REGISTRO DE ASISTENCIA Y TIEMPO DIARIO DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Department of Human Services

Web de Cobro: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare)

Núm de Id. del Proveedor:

Nº T. de Cobro: 1-888-779-2775 (Tonos)

Nombre del Proveedor:

1-888-826-1772 (Voz)

Núm. de Periodo. de Pago:

INSTRUCCIONES: Registre el horario de inicio y termino del cuidado díaño y las horas de enfermedad/feriado de cada niño bajo su cuidado. Cualquier cambio deberá ser indicado por la persona que lo realiza. Lea las instrucciones adicionales en el reverso.

Núm. de Confirmación:

**Conservar este formulario en su registro.** Se debe conservar un registro de asistencia diaria durante por lo menos **cuatro años** con propósitos de auditoría.

Núm. de Página:

**Redondee las horas diarias hasta la media hora más cercana.**

		Nombre del Niño					Edad	Nombre del Niño					Edad	Nombre del Niño					Edad
Día	Fecha	Hora de Inicio del Cuidado	Hora de Finalización del Cuidado	Horas de Cuidado de Niños	Horas de Enfermedad / Feriado	Inicial del Padre	Hora de Inicio del Cuidado	Hora de Finalización del Cuidado	Horas de Cuidado de Niños	Horas de Enfermedad / Feriado	Inicial del Padre	Hora de Inicio del Cuidado	Hora de Finalización del Cuidado	Horas de Cuidado de Niños	Horas de Enfermedad / Feriado	Inicial del Padre			
Dom																			
Lun																			
Mar																			
Mie																			
Jue																			
Vie																			
Sab																			
Dom																			
Lun																			
Mar																			
Mie																			
Jue																			
Vie																			
Sab																			
		Costo del Cuidado Cada dos Semanas (a la cifra en dólares más cercana)					\$	Costo del Cuidado Cada dos Semanas (a la cifra en dólares más cercana)					\$	Costo del Cuidado Cada dos Semanas (a la cifra en dólares más cercana)					\$

Certifico que:

- La información de registro anterior es verdadera y precisa hasta donde es de mi conocimiento en base a información disponible.
- No estoy cobrando al DHS más de lo que cobro al público en general.
- Conservo un registro permanente y preciso por cuatro años, incluyendo el tiempo de llegada y partida de cada niño en forma diaria.
- Entiendo que si por alguna razón se hace un pago excesivo de beneficios, los beneficios adicionales recibidos se deberán devolver. Si una mala representación intencional causó un pago excesivo, la parte responsable, incluyendo a cualquier adulto del grupo del programa o representante autorizado del programa o proveedor de bienes y servicios, podrá ser acusado por fraude.

Firma del Proveedor de Cuidado de Niños

Fecha

## INSTRUCCIONES:

Al final de cada período de pago, los proveedores deben informar la cantidad de horas de cuidado de niños y costo del cuidado, usando el informe a través de Internet en: [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare). Deberá conocer el número del período de pago, su número de identificación de proveedor y su número de identificación personal (PIN). Si no cuenta con una computadora, puede usar el informe telefónico llamando al 1-888-779-2775 (tonos) o 1-888-826-1772 (voz – si no cuenta con servicio de marcación por tonos).

Ante cualquier duda sobre el informe a través de Internet o por vía telefónica, consulte el Manual del Proveedor y las Instrucciones del Informe para Proveedores de Cuidado de Niños, DHS Pub. 230. Si aún necesita ayuda, llame al 1-866-990-3227.

**Número de Id. del Proveedor:** Ingrese el número de 7 dígitos (**no** el número de licencia) asignado al proveedor de cuidado de niños que será usado para informar al Departamento. Consulte el DHS-198, Certificado/Aviso de Autorización de Desarrollo y Cuidado de Niños.

**Nombre del Proveedor:** Anote su nombre o el nombre de su instalación.

**Número del Período de Pago:** Ingrese el número del período de pago correspondiente a las fechas de informes. Lea la siguiente tabla. Use una página separada para cada período de pago.

Fechas de Período de Pago	Número del Período de Pago	Plazo del Informe*	Fechas de Período de Pago	Número del Período de Pago	Plazo del Informe*
12/21/08 – 01/03/09	901	01/08/09	06/21/09 – 07-04/09	914	07/09/09
01/04/09 – 01/17/09	902	01/22/09	07/05/09 – 07/18/09	915	07/23/09
01/18/09 – 01/31/09	903	02/05/09	07/19/09 – 08/01/09	916	08/06/09
02/01/09 – 02/14/09	904	02/19/09	08/02/09 – 08/15/09	917	08/20/09
02/15/09 – 02/28/09	905	03/05/09	08/16/09 – 08/29/09	918	09/03/09
03/01/09 – 03/14/09	906	03/19/09	08/30/09 – 09/12/09	919	09/17/09
03/15/09 – 03/28/09	907	04/02/09	09/13/09 – 09/26/09	920	10/01/09
03/29/09 – 04/11/09	908	04/16/09	09/27/09 – 10/10/09	921	10/15/09
04/12/09 – 04/25/09	909	04/30/09	10/11/09 – 10/24/09	922	10/29/09
04/26/09 – 05/09/09	910	05/14/09	10/25/09 – 11/07/09	923	11/12/09
05/10/09 – 05/23/09	911	05/28/09	11/08/09 – 11/21/09	924	11/24/09
05/24/09 – 06/06/09	912	06/11/09	11/22/09 – 12/05/09	925	12/10/09
06/07/09 – 06/20/09	913	06/25/09	12/06/09 – 12/19/09	926	12/22/09

\* El plazo de presentación de informes en días anteriores a feriados es a las 5:00 PM en la fecha indicada. De otro modo, es al final del día (medianoche).

**Número de Confirmación:** Anote el número de confirmación que recibe al final de su llamada telefónica, al brindar información de cobro.

**Número de Página:** Anote el número de página.

**Nombre y Edad del Niño:** Anote el nombre y edad de cada niño para quienes se haya autorizado el cuidado en el período de informe. Escríbalos en orden alfabético por apellido y nombre.

**Horarios de Inicio y Finalización del Cuidado:** Anote los horarios en horas y minutos, indicando si es AM o PM.

**Horarios de Cuidado de Niños:** Ingrese el número de horas de cuidado que realmente se brindaron, redondeadas hasta la media hora más cercana. Ingrese la media hora como .5. **Esto puede ser más o menos que el número de horas autorizadas en el DHS-198. Deje en blanco aquellos días en que el niño no haya asistido.**

**Horas por enfermedad/ feriado del niño:** los feriados del Estado de Michigan y las ausencias debido a la enfermedad del niño (que no superen las dos semanas consecutivas) se pueden informar si se cobra al público en general (todas las familias) por el feriado o ausencias debido a una enfermedad Y si el niño hubiera normalmente recibido cuidado ese día. Si informa sobre horas de enfermedad/ feriado del niño, no ingrese más horas de aquellas en que el niño hubiera normalmente recibido cuidado ese día. En la casilla del día en que el feriado o la ausencia ocurrió, ingrese el número de horas que se informan, redondeadas hasta la media hora más cercana. Ingrese la media hora como .5. Lea el Manual del Proveedor y las Instrucciones de Informes para Proveedores de Cuidado de Niños, DHS Pub 230.

**Inicial del Padre:** El padre debe firmar con su inicial por el niño cada día, a fin de indicar que los datos ingresados son correctos.

**Costo de Cuidado Dos Veces por Semana:** Ingrese la cantidad total del costo de cuidado de este niño por el **período de pago de dos semanas. Redondee hasta el dólar más cercano. No se deben ingresar centavos, incluyendo ceros.** (Ejemplo: Su costo por cuidado completo es de \$80.20 por semana, y este niño recibió cuidado completo durante dos semanas. Ingrese 160 en ambos casilleros).

**Firma y Fecha del Proveedor de Cuidado de Niños:** La persona autorizada para completar los cobros deberá firmar y agregar fecha en el formulario.

### CÓMO REDONDEAR HASTA LA MEDIA HORA MÁS CERCANA:

Si los minutos restantes están entre 1 y 15, elimínelos. Por ejemplo, por 6 horas y 15 minutos, ingrese 6 horas.

Si los minutos restantes están entre 16 y -45, redondee en 5. Por ejemplo, por 6 horas y 45 minutos, ingrese 6.5 horas.

Si los minutos restantes están entre 46 y -59, redondee en la siguiente hora. Por ejemplo, por 6 horas y 50 minutos, ingrese 7 horas.

Puede obtener copias adicionales de esta hoja de trabajo en [www.michigan.gov/childcare](http://www.michigan.gov/childcare).

**Tenga en cuenta que: Los padres son responsables de los gastos de cuidado de niños que no son cubiertos por el DHS, incluyendo gastos incurridos mientras se determinaba si se encontraba apto.**

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado civil, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, creencias políticas o discapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo Ley de Estadounidenses con Discapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.