



State of Rhode Island and Providence Plantations
Rhode Island Department of Children, Youth and Families

Solicitud de certificación de reembolso de niñera

Las familias de acogida pueden utilizar el siguiente formulario para solicitar el reembolso de los gastos de cuidado de niños relacionados con COVID 19, incurridos desde el 1 de abril de 2020 hasta el 30 de abril de 2020, que no están cubiertos por la asistencia por desempleo. Las solicitudes de reembolso deben realizarse a más tardar el 15 de mayo de 2020. El reembolso aprobado se realizará de acuerdo con las tasas promedio de CCAP. Las circunstancias atenuantes serán revisadas caso por caso. Los formularios completados serán procesados dentro de dos semanas. Los formularios incompletos o los formularios con información duplicada pueden ocasionar demoras.

Nombre del padre adoptivo, ambos si corresponde Domicilio familiar

Nombre (s) del (de los) niño (s) adoptivo (s): indique todos

Durante la crisis de COVID 19:

- Pagué por una niñera porque tenía que seguir trabajando, y mi proveedor de cuidado infantil o escuela financiado por DCYF no estaba disponible.
 Pagué por una niñera por una razón no relacionada con el trabajo. Por favor especifica:

Se me considera un empleado esencial durante la crisis de COVID-19. Si es así, ¿en qué categoría se le considera un "empleado esencial"?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención de salud, servicios de emergencia y / o socorristas | <input type="checkbox"/> Salud pública o gobierno |
| <input type="checkbox"/> Obras públicas (energía, agua, alcantarillado, etc.) | <input type="checkbox"/> Supermercado minorista o salud minorista / farmacia |
| <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Proveedores contratados basados en la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Otro(a) (por favor especifique): | |

Nombre de la persona que proporcionó cuidado de niños (nombre y apellido)	Número de teléfono de la persona que proporcionó cuidado de niños	Fecha en que se proporcionó el servicio de canguro	Número de horas que se proporcionó cuidado de niños	Cantidad que se pagó por cuidar niños
		4 / / 2020		\$
		4 / / 2020		\$
		4 / / 2020		\$
		4 / / 2020		\$
		4 / / 2020		\$

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ESTÁS ATESTIGUANDO QUE LOS GASTOS ENUMERADOS EN ESTE FORMULARIO SON PRECISOS Y COMPLETOS PARA LA NIÑERA RELACIONADA CON COVID 19.

Firma de padres adoptivos
 (se acepta la firma electrónica)

Fecha

OFFICE USE ONLY	Provider ID:	Amount Approved:	Amount Denied:	Signature
	Agency:			Date