

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil FORMULARIO DE CAMBIO DE PROVEEDOR	Devolver a: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	--

Sección 1 Información general	
Nombre:	Apellidos:
Identificación del interesado:	Fecha de nacimiento (FDN): <i>MM/DD/AAAA</i>
Número de Seguridad Social (SSN, por sus siglas en inglés) (<i>opcional</i>):	Número telefónico de contacto:

Sección 2 Información del Proveedor del cual se separa	
<i>Necesitará completar un formulario de Cambio de Proveedor individual por cada proveedor del que se esté separando.</i>	
Fecha de entrada en vigor del cambio: <i>DD/MM/AAAA</i>	
Nombre del Proveedor del cual se esté separando:	Número de Teléfono del Proveedor:
Dirección del Proveedor:	Calle Piso # Ciudad Estado Código Postal
Nombre del menor	Fecha en que deja el cuidado
	<i>MM/DD/AAAA</i>
	<i>MM/DD/AAAA</i>
	<i>MM/DD/AAAA</i>
	<i>MM/DD/AAAA</i>
	<i>MM/DD/AAAA</i>
Recuerde:	
<ul style="list-style-type: none"> • Debe avisar por lo menos con 5 días de anticipación al cuidador infantil que se va a dejar • No debe usted tener un saldo de copago designado a SCI con el proveedor de cuidado infantil del cual deja 	
Al firmar este documento, ambas partes están de acuerdo en que no se adeuda ningún copago al proveedor. Si el proveedor no desea firmar este documento, el padre deberá anexar el recibo de copago más reciente mencionando que se ha pagado completamente al proveedor de cuidado infantil.	
Firma del padre	Fecha
Firma del Proveedor que deja	Fecha

Sección 3 Información del Proveedor Nuevo	
<i>Necesitará completar un Formato de Cambio de Proveedor individual por cada nuevo proveedor de cuidado infantil.</i>	
Nota: La nueva beca entrará en vigor el primer día que se realice el cuidado o cuando se reciba este formato en la Central de SCI, lo que ocurra primero.	
Proveedor nuevo:	<input type="checkbox"/> Formal (Autorizado) <input type="checkbox"/> Informal (Por favor, comuníquese con la Central de SCI al 1-877-227-0125 para obtener los formatos necesarios para cuidado informal).
Nombre del menor	Primer día de cuidado
	<i>MM/DD/AAAA</i>
	<i>MM/DD/AAAA</i>
	<i>MM/DD/AAAA</i>
	<i>MM/DD/AAAA</i>
	<i>MM/DD/AAAA</i>

Sección 4 Solicitud de beca para cuidado temporal

Esta solicitud se utilizará cuando su proveedor haya cerrado de manera voluntaria de 1 día a 2 semanas.

Beca Temporal	Fecha de inicio: MM/DD/AAAA	Fecha de terminación: DD/MM/AAAA
El Proveedor es:	<input type="checkbox"/> Formal (Autorizado) <input type="checkbox"/> Informal (Por favor, comuníquese con la Central de SCl al 1-877-227-0125 para obtener los formatos necesarios para cuidado informal).	

Sección 5. Firma

Bajo pena de perjurio, declaro que a mi leal saber y entender que la información proporcionada es correcta y verdadera.

Firma	Fecha
-------	-------

Esta solicitud no se procesará si el formato no se encuentra firmado.**Si de forma intencional se reserva información relacionada con cambios dentro de su núcleo familiar, podrá adeudar a la agencia el monto de cualquier pago por cuidado infantil que se haya realizado.****Usted debe informar acerca de lo siguiente en un plazo máximo de 10 días:**

- Aumento en los ingresos totales de su hogar igual o superior al 85% del Ingreso Promedio Estatal
- Cambios en su ingreso que incluyan SSI, TCA o del programa Head Start.
- Cambios en el número total de personas en su hogar (aumento de niños). Informe de la incorporación de un cónyuge en la nueva determinación)
- Nueva dirección, si se ha mudado
- Cambios en el proveedor de cuidado infantil
- El cuidado infantil ya no es necesario
- La familia ya no reside en Maryland
- La ganancia de bienes supera el millón de dólares