

Janet T. Mills  
Governor

Jeanne M. Lambrew, Ph.D.  
Commissioner



Maine Department of Health and Human Services  
Child and Family Services  
11 State House Station  
2 Anthony Avenue  
Augusta, Maine 04333-0011  
Tel.: (207) 624-7900; Toll Free: (877) 680-5866  
TTY: Dial 711 (Maine Relay); Fax: (207) 287-6308

Asunto: Solicitud de Información del proveedor

Apreciado proveedor,

Bienvenido al Programa de Subsidio de Cuidados Infantiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Este programa ayuda a pagar por servicios de cuidado infantil para familias elegibles que estén empleadas o asistiendo a un programa educativo aprobado.

Para ser aprobado como proveedor de Subsidio de Cuidados Infantiles, se requiere la siguiente información:

- Un formulario de proveedor completado (adjunto)
- W-9 y formulario de Autorización para Proveedores del estado de Maine (adjunto)
- Copia en blanco de una hoja de registro de entradas y salidas
- Hoja de información del proveedores de Cuidados Infantiles (adjunto)
- Un copia de su certificación o licencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS)
- Se requiere que todos los proveedores con licencia participen en Quality for Me (Calidad para mí), el Sistema de Evaluación y Mejora de Maine (QRIS)).
- Envíe una copia de su certificado QRIS.
- Si prefiere recibir los pagos del Subsidio de Cuidados Infantiles a través de depósito directo, rellene el formulario de depósito directo adjunto e
- incluya un cheque cancelado o una carta de su institución financiera verificando la información de su cuenta.
- La capacitación sobre Salud y Seguridad en línea debe completarse en un plazo de 90 días después de convertirse en un proveedor aprobado del Programa de Subsidio de Cuidados Infantiles (CCSP).

La financiación para este programa es limitada. Si un padre o tutor legal es elegible para un subsidio pero no hay financiación disponible, su nombre se pondrá en una lista de espera hasta que haya financiamiento disponible.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo al 1-877-680-5866, (207) 624-7999 o por correo electrónico a [CCSP.DHHS@Maine.gov](mailto:CCSP.DHHS@Maine.gov).

Para acceder al sitio web del Programa de Subsidio de Cuidados Infantiles, visite <http://www.maine.gov/dhhs/ocfs/ec/occhs/step.htm>

Atentamente,  
Especialista de recursos financieros



## ACUERDO DEL SUBSIDIO DE CUIDADOS INFANTILES PARA PROVEEDORES DE CUIDADOS INFANTILES CON LICENCIA

Para ser elegible como Proveedor de Cuidados Infantiles con Licencia, se deben cumplir una de las siguientes condiciones:

1. **Cuidados Infantiles Familiar se refiere a** la residencia legal de un Proveedor de Cuidados Infantiles con licencia donde el Proveedor de Cuidados Infantiles proporciona Servicios de Cuidados Infantiles con licencia en cualquier momento del día, para entre tres y doce (3-12) niños que no son hijos del Proveedor de Cuidados Infantiles.
2. **Centro de Cuidados Infantiles** se refiere a una entidad con licencia emitida por el Departamento en la que un Proveedor de Cuidados Infantiles mantiene o de otra manera proporciona servicios de Cuidados Infantiles, en cualquier momento del día, para trece (13) o más niños.
3. **Instalación de Cuidados Infantiles** se refiere a una entidad con licencia emitida por el Departamento en la que un Proveedor de Cuidados Infantiles mantiene o de otra manera proporciona servicios de Cuidados Infantiles, en cualquier momento del día, para un mínimo de tres (3) pero no más de doce (12) niños.
4. **Proveedor de Cuidados Infantiles** con licencia bajo la Unidad de Licencias de Cuidados Infantiles del DHHS de New Hampshire.

### EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE CUIDADOS INFANTILES DEBE ESTAR DE ACUERDO CON TODO LO SIGUIENTE:

1. Los proveedores deben proporcionar servicios de Cuidados Infantiles tal y como lo especifican las reglas de Subsidio de Cuidados Infantiles del estado.
2. Los Proveedores de Cuidados Infantiles con Licencia y Exentos de Licencia (excluyendo a los proveedores de Cuidados Infantiles de la familia) deben presentar un documento de verificación de antecedentes penales para todos los miembros del personal actuales y potenciales, para todos los adultos que residan en el lugar donde se ofrecen los servicios de Cuidados Infantiles, y para cualquier persona cuyas actividades impliquen el cuidado o supervisión de niños o que tengan acceso sin supervisión a niños, así como para el Proveedor de Cuidados Infantiles, tal y como lo requiere la ley federal (45 Código de Regulaciones Federales (CFR) § 98.43).
3. Los proveedores deben inscribirse en el registro de Evaluación de Calidad y Mejora de Maine Roads to Quality y Quality for ME.
4. Todos los Proveedores de Cuidados Infantiles, los maestros y los directores asociados con los Proveedores de Cuidados Infantiles (excluyendo los Proveedores de Cuidados Infantiles de la Familia) deben haber obtenido un mínimo de una calificación de calidad del Paso Uno (1) de Maine Roads to Quality y haber completado la capacitación de orientación aprobada por el Departamento con éxito, la cual incluye, como mínimo, los Estándares de Salud y Seguridad a continuación, en un plazo de noventa (90) días calendario después de haber comenzado su trabajo con los niños, según lo exige la ley federal (45 CFR § 98.41):
  - a. Visite Maine Roads to Quality PDN en <https://mrtq.org/> para acceder a la Capacitación gratuita de 6 horas de Orientación sobre Salud y Seguridad bajo demanda o la Capacitación Anual sobre Salud y Seguridad.

- b. Para la capacitación de proveedores de cuidado infantil o para recibir asistencia técnica, para Inclusion Warm Line, o para recibir asistencia relacionada con la prevención de la expulsión y suspensión llame al (844) 209-5964 o visite a [mrtq.warmline@maine.edu](mailto:mrtq.warmline@maine.edu)
5. Se requiere que los proveedores informen a una entidad estatal, territorial o tribal designada sobre cualquier lesión grave o muerte de niños que ocurra en un entorno de cuidado infantil.
6. Los proveedores deben notificar de inmediato al Departamento de Salud y Servicios Humanos en el caso de que aparezca una enfermedad contagiosa o amenaza potencial a la salud pública.
7. Se requiere que todo el personal de cuidado infantil sea informante obligatorio, lo que significa que todo el personal de cuidado infantil tiene la obligación de informar sobre cualquier incidente que levante sospechas de abuso o negligencia infantil. Además, todo el personal deberá completar la capacitación obligatoria para informantes aprobada por el departamento al menos una vez cada 4 años. La capacitación se puede encontrar en: <https://www.maine.gov/dhhs/ocfs/mandated-reporters.shtml>
8. Los proveedores deben aceptar todas las remisiones del Departamento de Salud y Servicios Humanos sin discriminación en cuanto a raza, color, orígenes nacionales, ascendencia, edad, género, religión o estado de necesidades especiales.
9. Cobro de tarifas para padres:
  - a. Cobrar la tarifa semanal de los padres tal y como se especifica en la carta de concesión del Subsidio de Cuidado Infantil.
  - b. Cobrar una tarifa total que no exceda la tarifa cobrada a otros padres del proveedor de cuidado infantil por servicios de cuidado infantil equivalentes.
  - c. Mantener un diario de recibos de dinero en efectivo de todas las tarifas cobradas a los padres que reciben el Subsidio de Cuidado Infantil y proporcionar recibos a tales padres por las tarifas pagadas por ellos.
  - d. Reembolsar cualquier exceso de pago a los padres en un plazo de treinta (30) días.
10. Reembolso
  - a. Para que pueda ser procesado, el formulario de facturación de reembolso del Departamento de Salud y Servicios Humanos debe completarse, firmarse y devolverse por correo postal, correo electrónico, en línea o por fax cada dos semanas, de acuerdo con el calendario de facturación emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. El proveedor puede enviar las facturas de las semanas anteriores no antes del viernes a las 5:00 p.m. El proveedor debe enviar las facturas de las semanas anteriores a más tardar el miércoles a las 12:00 p.m.
  - b. Los proveedores no pueden enviar facturas y correcciones de más de sesenta (60) días de antigüedad.
  - c. El proveedor de cuidado infantil debe mantener un sistema para registrar los días y el número de horas que el niño o niños estén bajo el cuidado del proveedor de cuidado infantil. Este sistema también debe registrar ausencias inaceptables y ausencias con causa razonable para cada niño en el registro de asistencia. Se requiere que los padres firmen estos registros de asistencia o un sistema de identificación único para indicar su acuerdo con el número de horas de cuidado proporcionadas semanalmente. Los registros de asistencia diaria se deben retener por al menos tres (3) años.

- d. Para mantener la continuidad de los servicios de cuidado infantil, el departamento pagará al proveedor de cuidado infantil por días festivos federales y estatales, hasta cuatro (4) días de capacitación, y hasta una (1) semana de tiempo de vacaciones del proveedor de servicios en un periodo de doce (12) meses.
- e. El Departamento de Salud y Servicios Humanos se reserva el derecho de realizar revisiones de auditoría en la ubicación o documentales sin previo aviso para los proveedores de cuidado infantil que estén recibiendo el Subsidio de Cuidado Infantil.

## 11. Informes

- a. Cuando un Proveedor de Cuidado Infantil informe al Departamento de que un niño ha tenido más de veinte (20) ausencias inaceptables en un mes, se le enviará una carta a sus padres explicando la política relacionada con las ausencias inaceptables. Cuando un niño esté ausente del programa por más de dos (2) semanas consecutivas por la misma Causa Razonable, el Proveedor de Cuidado Infantil debe obtener aprobación previa por escrito del Departamento para continuar los pagos de Subsidio de Cuidado Infantil.
  - i. Se considera una **Ausencia Inaceptable** una falta de asistencia por parte de un niño al servicio de Cuidado Infantil por más de dos (2) días calendario en un mes sin Causa Razonable o aprobación previa del Departamento.
  - ii. Se considera una **Causa Razonable** cuando un niño está ausente del programa de Cuidado Infantil del proveedor por razones aprobadas por el Departamento, las cuales pueden incluir, sin limitación: Días festivos federales o estatales; días de vacaciones de los padres; mal tiempo definido como un día de nieve en que las escuelas locales están cerradas; enfermedad del niño u otro miembro inmediato de la familia; citas; problemas de transporte que afecten la capacidad del padre o madre para llevar al niño al cuidado infantil; visitas de la familia: Emergencias familiares, lo que incluye, pero no se limita a: operaciones quirúrgicas, tratamientos médicos o accidentes; o eventos catastróficos que afecten a la familia, lo que incluye, sin limitación: incendios, tormentas, o accidentes.
  - iii. Durante las vacaciones de verano, los niños que no estén en el cuidado infantil debido a acuerdos de visitas de los padres, deben poner su estatus de CCSP “en espera” (on hold).
- a. Debe notificar al Departamento de Salud y Servicios Humanos inmediatamente si un padre pone fin a los servicios de cuidado infantil antes de la fecha autorizada en la carta o contrato de concesión del Subsidio de Cuidado Infantil. Indique si las tarifas de los padres de las dos semanas anteriores han sido pagadas en su totalidad.
- b. Notifique al Departamento de Salud y Servicios Humanos y a los padres, al menos doce (12) días calendario antes de poner fin a los servicios.
- c. Se considera que los niños tienen edad escolar si cumplen cinco (5) años de edad el 15 de octubre o antes. A menos que se notifique al Departamento de que el niño no asistirá a la escuela, la tarifa de edad escolar se aplicará a las facturas.

- d. Para los niños en edad escolar se aplicará cuidado a tiempo completo a las vacaciones escolares. El cuidado a tiempo parcial, medio tiempo o a un cuarto del tiempo se basará en el horario de trabajo de los padres y el horario escolar del niño.

## 12. Mantener registros

- a. El Proveedor de Cuidado Infantil mantendrá, retendrá y proporcionará al Departamento cuando se le solicite, registros de asistencia diaria; los registros deben mantenerse por un mínimo de tres (3) años.
- b. El Proveedor de Cuidado Infantil debe emitir un recibo al recibir el pago de la Tarifa de los Padres y retener las copias de todos los recibos en registros de la agencia y mantener los registros fiscales de todas las transacciones relacionadas con las tarifas por un mínimo de tres (3) años.
- c. Se requiere que los padres y los Proveedores de Cuidado Infantil firmen las hojas de asistencia o que tengan una identificación única en un sistema como mínimo una vez a la semana.
- d. Los registros de asistencia del Proveedor de Cuidado Infantil deben coincidir con los formularios de facturación enviados.
- e. Se debe mantener la confidencialidad de todos los registros y cualquier otra información relacionada con los padres y los niños, con la excepción de divulgaciones autorizadas al personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos o al personal de agencias autorizadas estatales o federales según lo requiera la ley.

## 13. Tarifas

- a. Las tarifas de subsidio contratadas seguirán en vigor durante el periodo de vigencia de este acuerdo. Cuando un padre informe acerca de un cambio en sus circunstancias que afecte o cambie la tarifa del padre o el pago del Subsidio de Cuidado Infantil, el cambio entrará en vigencia después de determinada nuevamente la elegibilidad y de que se otorgue una nueva concesión de Subsidio de Cuidado Infantil.
- b. La tarifa o tarifas de los padres de Subsidio de Cuidado Infantil no deberán ser más altas que las tarifas cobradas a otros padres que pagan de forma privada por el mismo tipo de programa. Si el proveedor de cuidado infantil tiene una política que requiere un único depósito, tarifa de registro o tarifa de solicitud para todos los padres, el padre o madre sea responsable por dichas tarifas.
- c. Una vez que se haya inscrito, la única tarifa que deberá pagar un padre que reciba el Subsidio de Cuidado Infantil es la tarifa para los padres, con la excepción de las que se indican en las reglas del Subsidio de Cuidado Infantil. No se pueden cobrar otras tarifas o costos a los padres. Las tarifas para padres solo se pueden cobrar en las semanas en que se factura a CCSP.
- d. Para efectos de matrícula y facturación para bebés, niños pequeños y preescolares, el tiempo completo se considera de treinta (30) horas o más por semana; el tiempo parcial más de veinte (20), pero menos de treinta (30) horas por semana; el medio tiempo se considera más de diez (10), pero menos de veinte (20) horas por semana; y un cuarto de tiempo es más de una (1), pero menos de diez (10) horas por semana. La facturación deberá coincidir con dichas horas.

- e. Para efectos de matrícula y facturación de los niños en edad escolar, el tiempo completo se considera con treinta (30) horas o más por semana; el tiempo parcial con más de once (11), pero menos de treinta (30) horas por semana; el medio tiempo más de seis (6), pero menos de once (11) horas por semana; y un cuarto de tiempo más de una (1), pero menos de seis (6) horas por semana. La facturación deberá coincidir con dichas horas.
- f. El Subsidio de Cuidado Infantil puede continuar hasta los doce (12) años o para quienes cumplan trece (13) años durante el período de concesión, y puede incluir a un niño entre la edad de trece (13) y dieciocho (18) años si ha sido diagnosticado por un profesional como un niño con alguna discapacidad.

#### 14. Responsabilidades del Departamento

- a. Cuando el formulario de facturación del Proveedor de Cuidado Infantil no tenga errores y se envíe al Departamento en el plazo estipulado en este Acuerdo de Proveedor, el Departamento pagará al Proveedor de Cuidado Infantil en un plazo de veintiún (21) días calendario después de recibido el formulario.
- b. Proporcione al proveedor de Cuidado Infantil una copia de la Notificación de Terminación extendida a los padres o utilice una forma alternativa de notificación cuando exista información confidencial que no deba ser compartida con el Proveedor de Cuidado Infantil.

#### 15. Visitas al sitio

- a. Anime a los padres y niños a visitar el programa antes de la aceptación.
- b. Anime a los padres a participar, proporcione acceso ilimitado a los padres y proporcione a los padres información sobre las actividades del programa del niño.
- c. Permita visitas al sitio por parte del personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las visitas al sitio pueden incluir visitas al azar no anunciadas y visitas planificadas.

Janet T. Mills  
Governor

Jeanne M. Lambrew, Ph.D.  
Commissioner



Maine Department of Health and Human Services  
Child and Family Services  
11 State House Station  
2 Anthony Avenue  
Augusta, Maine 04333-0011  
Tel.: (207) 624-7900; Toll Free: (877) 680-5866  
TTY: Dial 711 (Maine Relay); Fax: (207) 287-6308

## Acuerdo de proveedor exento de licencia para el Programa de subsidio de cuidados infantiles

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

N.º de seguro social o de id del empleador (EIN): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de facturación: \_\_\_\_\_  
(Solo proveedor actual)

Tipo de proveedor de cuidados infantiles (marque con un círculo):

- Proveedor de cuidados infantiles en el hogar (en casa de los padres)
- Proveedor de cuidados infantiles exento de tener licencia
- Programa de recreación

¿Ha recibido alguna vez una sanción de revocación del proveedor de licencias de cuidados infantiles?  No  Sí

Si respondió sí, proporcione la fecha de revocación y el número de licencia \_\_\_\_\_

Introduzca la tarifa que cobra por el rango de horas. Si no se completa la tarifa, recibirá la tarifa de mercado actual.

	Tarifa de tiempo completo	Tarifa de tiempo parcial	Tarifa de medio tiempo	Tarifa de un cuarto de tiempo
Bebés (6 semanas a 13 meses)	30 o más horas por semana	20 a 29 horas por semana	10 a 19 horas por semana	1 a 9 horas por semana
Tarifa para niños pequeños (13 a 36 meses)	30 o más horas por semana	20 a 29 horas por semana	10 a 19 horas por semana	1 a 9 horas por semana
Tarifa preescolar (36 meses hasta matriculación a tiempo completo en Kindergarten)	30 o más horas por semana	20 a 29 horas por semana	10 a 19 horas por semana	1 a 9 horas por semana
Tarifa escolar (matriculado en la escuela)	30 o más horas por semana	11 a 29 horas por semana	6 a 10 horas por semana	1 a 5 horas por semana

¿Cobra una tarifa de registro?  Sí  No

**Fechas de vigencia del Acuerdo de proveedor de cuidados infantiles**

Las tarifas del Programa de subsidio de cuidados infantiles no serán efectivas hasta que sean aprobadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las tarifas solo se pueden modificar anualmente o al completar este Acuerdo. Este Acuerdo no será efectivo hasta que esté firmado por ambas partes.

Este Acuerdo entrará en vigor a partir del 07/05/2024, momento en el que se debe firmar un nuevo Acuerdo para continuar con la prestación del servicio. El acuerdo podrá ser cancelado por cualquiera de las partes mediante notificación por escrito con doce (12) días de antelación o puede ser suspendido inmediatamente en caso de una acción de emergencia por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Entiendo que estoy celebrando este acuerdo como contratista independiente y que de ninguna manera seré considerado empleado del Gobierno Estatal o Federal. También estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a los gobiernos federales y estatales por cualquier daño a personas o propiedades como consecuencia de la prestación de servicios bajo este Acuerdo.

Doy mi autorización para que el Departamento de Salud y Servicios Humanos acceda a la información del Departamento de Salud y Servicios Humanos y del Departamento de Vehículos Motorizados en conexión con mi capacidad para los cuidados infantiles.

Entiendo las políticas contenidas en este acuerdo estoy de acuerdo en cumplirlas plenamente. También certifico que las tarifas proporcionadas están aprobadas de acuerdo con la política de Subsidio de Cuidados infantiles. Entiendo que después de una revisión adicional de la información de tarifas por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos, deberé proporcionar una justificación que respalden dichas tarifa o tarifas, o serán ajustarán en consecuencia.

**FIRMA REQUERIDA: Firme, fecha y regrese**

**Certifico bajo pena de perjurio que, según mi mejor entendimiento, la información anterior es verdadera. Entiendo que esta información se proporcionará al Departamento de Salud y Servicios Humanos para su uso en la administración de este programa. Autorizo a la agencia a verificar esta información por cualquier medio necesario.**

---

Firma del proveedor de cuidados infantiles

---

Fecha

---

Firma del personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos

---

Fecha

► **Regrese el formulario completado a:**

**Child Care Subsidy Program**  
2 Anthony Avenue  
11 State House Station  
Augusta, ME 04333-0011

**CORREO ELECTRÓNICO**  
**CCSP.DHHS@Maine.gov**  
O envíe un fax a 207-287-6308





**ESTADO DE MAINE**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS**  
**Oficina de servicios a niños y familias**

**Programa de Subsidio de Cuidados Infantiles - Hoja informativa para proveedores de cuidados infantiles**

**\*Pídale a su proveedor de cuidados infantiles que llene este formulario\***

<b>El Proveedor de cuidados infantiles es responsable de llenarlo</b>	
1. Nombre del padre (madre):	
2. Nombre(s) del (de los) niño(s):	
3. ¿Cuándo se espera que el niño asista a su programa?	
<b>Información del proveedor</b>	
1. Nombre comercial:	2. ¿Cuál es su nivel en los pasos del sistema de evaluación de calidad y mejora (QRIS)?:
3. Nombre de la persona de contacto:	4. Número de teléfono:
5. Dirección:	
6. Dirección de correo electrónico:	
7. ¿Participa actualmente en el Sistema de Evaluación de Calidad y Mejoras de Maine? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. Tipo de proveedor: (seleccione a continuación)	
<input type="checkbox"/> Con licencia	Número de licencia: _____
<input type="checkbox"/> Proveedor exento de licencia	<b>*La documentación de verificación de antecedentes penales puede tardar hasta 45 días en procesarse*</b> <b>*Se enviará documentación adicional para su llenado*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe tener al menos 18 años de edad y no residir en la misma dirección que los niños; y</li> <li>• Solo puede cuidar a un máximo de dos (2) niños</li> <li>• Debe ser un residente de Maine y haberlo sido por al menos 6 meses</li> </ul>	
<b>Seleccione una:</b>	
En el hogar <i>del proveedor</i> :	<input type="checkbox"/> Sin parentesco <input type="checkbox"/> Parentesco (debe indicarlo) _____
En el hogar <i>del niño</i> :	<input type="checkbox"/> Sin parentesco <input type="checkbox"/> Parentesco (debe indicarlo) _____
Programa de edad escolar o recreacional	<input type="checkbox"/> _____

Al firmar a continuación usted reconoce que el programa de subsidio de cuidados infantiles no efectúa pagos de forma retroactiva y que los padres son responsables por todos los pagos hasta que reciba una carta de concesión. Si usted es un nuevo proveedor del Programa de Subsidio de Cuidados infantiles recibirá documentos adicionales que deben ser completados.

Nombre del proveedor (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\* Requiere firma- firme, ponga la fecha y devuelva el documento la siguiente dirección:**

**Department of Health and Human Services**  
**Office of Child and Family Services**  
**Child Care Subsidy Program**  
**2 Anthony Avenue**  
**11 State House Station**  
**Augusta, ME 04333-0011**

Tel: (207) 624-7999

Fax: (207) 287-6308

Llamada gratuita: 1-877-680-5866  
 Correo electrónico: [CCSP.DHHS@Maine.gov](mailto:CCSP.DHHS@Maine.gov)

Usuarios de TTY en Maine pueden marcar 711



### **¿Quién es elegible para *Quality for ME*?**

Los centros de cuidado infantil con licencia, los programas de cuidado infantil familiar y los programas Head Start son elegibles para unirse a Quality For Me si:

- ✓ El programa cumple con las regulaciones de licencia y no ha tenido ninguna violación de licencia en los últimos doce meses.
- ✓ Todos los empleados del programa son miembros del Registro de Maine Roads to Quality.

### **¿Quién se requiere que se una a *Quality for ME*?**

Se requiere que los programas de cuidado infantil que quieran aceptar fondos Programa de Subsidio de Cuidado Infantil se unan a *Quality for ME*. También se requiere que se unan todos los programas de Head Start en Maine que reciban fondos del Estado.

### **¿Cómo se registra un programa para *Quality for ME*?**

- ✓ Asegurar que todos los empleados del programa sean miembros del Registro de Maine Roads to Quality. Si el director o administrador del programa tiene Acceso Directo al registro, podrán consultar esta información en línea: <https://mrtq-registry.org>

Si tiene preguntas adicionales, estas pueden ser dirigidas a Eric Norgaard en Maine Roads to Quality Professional Development Network (MRTQ PDN) al 1-888-900-0055.

- ✓ Una vez que se haya confirmado que todo el personal es miembro del registro Maine Roads to Quality, el director o administrador del programa puede completar la solicitud *Quality for ME* en línea: <https://www.earlycaremaine.org/>

### **¿Qué se requiere de un programa una vez que esté registrado con *Quality for ME*?**

- ✓ Los programas deben mantener un cuaderno o un sistema de registro de documentación en línea que respalde las respuestas que proporcionaron en la solicitud (por ejemplo, actas de la reunión de personal). Es posible que los programas sean seleccionados al azar para una revisión de su documentación. La solicitud describe la documentación requerida en cada Paso.

### **Información adicional:**

- ✓ Información de *Quality for ME* del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine, Oficina de Servicios para Niños y Familias: <https://www.maine.gov/dhhs/ocfs/ec/occhs/qualityforme.htm>
- ✓ Para contactar a MRTQ PDN, envíe un correo electrónico a [mrtq.registry@maine.edu](mailto:mrtq.registry@maine.edu), llame al 1-888-900-0055, o visite en línea a la dirección <https://mrtq.org>



# Sustitución del W-9 y formulario de autorización para proveedores del estado de Maine

PROPÓSITO: Establecer o actualizar una cuenta con el sistema de contabilidad del Estado de Maine. Llene este formulario si: 1) Recibirá pagos del estado de Maine; o 2) es un proveedor que proporciona servicios o productos al estado de Maine.

Este formulario reemplaza el formulario W-9 del Servicio de Impuestos Internos (IRS), según la descripción del W-9 del IRS que dice; "Si un solicitante le da un formulario diferente al Formulario W-9 para solicitar su Número de Identificación Fiscal (TIN), deberá usar el formulario del solicitante si es sustancialmente similar a este Formulario W-9".

**ENVIAR DE REGRESO:**

Por correo postal a la agencia que le solicitó el formulario o se lo envió, o a la agencia con quien tiene una relación comercial (por ejemplo: Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), Empleo, Departamento de protección ambiental (DEP), Educación, etc.)

Todos los elementos con un asterisco (\*) deben completarse.

**TIPO DE SOLICITUD\*:** (Debe seleccionar una.)

- Nueva
- Nueva ubicación o
- Solicitud
- Entrada adicional
- Cambio (elegir)     Nombre Legal     Nombre Comercial DBA
- Dirección de pago     Dirección de pedido     Información de contacto

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRIBUYENTE FISCAL\* (TAXPAYER ID NUMBER (TIN))** (proporcione solo UNO)

Número de Seguro Social (SSN)  -  -   Número de Identificación de Empleado Federal (FEIN)  -

Tipo de organización \*    Elija UNA     Individuo     Compañía

Clasificación \*     Individual     Propietario único     Corporación     Extranjero (requiere W8)     Asociación  
 Elija UNA     Extranjero no residente     Fundación     Gobierno del Estado     Otro gobierno     Otro

**NOMBRE LEGAL** (deben proporcionar el nombre legal registrado con el IRS y relacionado con el N.º de identificación, SSN = nombre y apellido o FEIN = Nombre de la compañía)

Nombre legal\*     Alias/DBA

**Otra Información**    Número de cliente del proveedor (si se conoce) VC#/VS#    Número de la cuenta o de cliente o del proveedor (si se conoce)

**Dirección de pago\***    Mi  dirección de facturación     dirección de administración es la misma.

Dirección     Atención (C/O)   
 Ciudad, estado y código postal     Teléfono

**Contacto\***

Nombre     Teléfono     Ext   
 Correo electrónico     Enviar notificaciones de DD/EFT por correo electrónico (Requiere llenar un formulario de depósito directo o EFT)

**Dirección de adquisición o física\***    Mi  dirección de facturación     dirección de administración es la misma.

Dirección     Atención (C/O)   
 Ciudad, estado y código postal     Teléfono

**Contacto\***

Nombre     Teléfono     Ext   
 Correo electrónico     Enviar notificaciones de DD/EFT por correo electrónico (Requiere llenar un formulario de depósito directo o EFT)

**Firma autorizada, Título y fecha actual\***

Bajo pena de perjurio, certifico que: 1) el número que aparece en este formulario es mi número correcto de identificación de contribuyente fiscal, y 2) que no estoy sujeto a retención adicional porque: (a) Estoy exento de la retención adicional, o (b) el IRS no me ha notificado de que estoy sujeto a retención adicional como resultado de no informar acerca de todos los intereses o dividendos, o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a retención adicional, y 3) soy ciudadano de los Estados Unidos u otra persona de los Estados Unidos (tal y como lo define el IRS). Ref: www.irs.gov

OFFICE USE ONLY  
State Agency & SHS #

Information on State Agency Submitting Vendor Form  
Agency Contact Person Name & Title

OFFICE USE ONLY  
Contact's Phone #

**ESTADO DE MAINE  
 FORMULARIO DE NUEVO PROVEEDOR Y DE ACTUALIZACIÓN DE PROVEEDOR  
 INSTRUCCIONES**

**1. TIPO DE SOLICITUD**

- ¿Es NUEVA?
- ¿Está añadiendo una ubicación? (una subentrada a otra existente).
- ¿CAMBIOS a la existente? Marque un tipo.

**2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE FISCAL FEDERAL**

- Este es su número de seguro social si es un individuo y si se le paga como tal; O
- Este es su EIN si es una compañía y si se le paga como tal.
  - ❖ **NOTA:** elija UNO o el otro, NO nos proporcione los dos. Si no se proporciona uno, el formulario NO será procesado.

**3. TIPO DE ORGANIZACIÓN**

- Individuo si proporcionó su SSN más arriba.
- Compañía si proporcionó su EIN más arriba.
  - ❖ **NOTA:** elija uno que coincida con el número de arriba. (ver flechas)

**4. TIPO DE CLASIFICACIÓN**

- SSN = Individual = Propietario único o individual, o extranjero no residente ~ (Use el primer nombre y apellido de la persona en el campo de nombre legal).**
- EIN = compañía = corporación, extranjero, asociación, fundación, gobierno estatal, otro gobierno u otro ~ (Use el nombre de la compañía en el campo de nombre legal)**

**5. NOMBRE LEGAL**

- NOMBRE LEGAL:** Nombre y apellido de la persona si se ha proporcionado un SSN más arriba; O nombre de la compañía si se ha proporcionado un EIN más arriba.
- ALIIS o DBA:** aquí se introduce el alias o también conocido como O DBA = nombre comercial.

**6. OTRA INFORMACIÓN (añadir además del TIN; NO en su lugar lugar)**

- Código de vendedor - un número asignado por el sistema de contabilidad del Estado de Maine llamado Advantage. Normalmente un número VC o VS, (si se conoce)
- El número de cuenta o cliente o proveedor puede haber sido asignado por DHHS o el Departamento de trabajo o un Identificador de Proveedor Nacional (NPI). (si se conoce)

**7. DIRECCIÓN DE PAGO**

- Dirección = calle O dirección de apartado postal (**NO ambas**)
- C/O = atención (ATTN) aparece en este espacio.
- Ciudad, estado y código postal
- Teléfono= el número de teléfono para el nombre legal que aparece más arriba.
  - ❖ Mi dirección de FACTURACIÓN y administración es la misma. (Advantage tiene cuatro tipos de direcciones: Pago, Adquisición, Facturación o Administrador)

**8. CONTACTO**

- Nombre de contacto para la dirección anterior para una persona con la que podamos contactar acerca de los pagos.
- Número de teléfono de contacto y extensión para la dirección proporcionada.
- Correo electrónico del contacto para la dirección proporcionada.
  - ❖ Notificación de Depósito Directo o EFT (requiere que se complete un formulario de depósito directo o EFT).

**9. DIRECCIÓN FÍSICA O DE ADQUISICIÓN ~ sigue los números 7 a - d anteriores en referencia a los contratos.**

**10. CONTACTO ~ sigue los números 8 a - c anteriores en referencia a los contratos.**

**11. FIRMA AUTORIZADA, TÍTULO Y FECHA**

Una persona autorizada para hacer cambios en nombre del individuo (a nombre personal si el formulario es para uno mismo) o la compañía.

The image shows the 'State of Maine Substitute W-9 & Vendor Authorization Form'. It includes a state seal and a 'PURPOSE' section. The form is annotated with red circles and letters (a, b, c) and numbers (1-11) that correspond to the instructions on the left. 
 

- 1:** Points to the 'TYPE OF REQUEST' section.
- 2:** Points to the 'TAXPAYER ID NUMBER' section.
- 3:** Points to the 'Organization Type' section.
- 4:** Points to the 'Classification' section.
- 5:** Points to the 'LEGAL NAME' section.
- 6:** Points to the 'Other Info' section.
- 7:** Points to the 'Payment Address' section.
- 8:** Points to the 'Contact' section.
- 9:** Points to the 'Procurement Physical Address' section.
- 10:** Points to the 'Contact' section for procurement.
- 11:** Points to the 'Authorized Signature' section.

 The form also includes a 'PURPOSE' section, a 'PURCHASER INFORMATION' section, and a 'VENDOR INFORMATION' section.

El proveedor de cuidados infantiles debe mantener un sistema para registrar los días y el número de horas que el niño o niños están bajo el cuidado del proveedor de cuidados infantiles.

**Se requiere que los padres firmen** estos registros de asistencia para indicar que están de acuerdo con el número de horas de cuidado proporcionadas semanalmente.

CCSP puede solicitar copias de sus hojas de entradas y salidas; conserve estos registros.

**Consérvelos para sus registros.**

Fecha:

Día	Nombre del niño	Hora a la que llegó	Hora a la que fue recogido	Número total de horas de cuidados para el día	Firma del padre o madre	Motivo de las ausencias
*Sábado						
*Domingo						
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						

Fecha:

Día	Nombre del niño	Hora a la que llegó	Hora a la que fue recogido	Número total de horas de cuidados para el día	Firma del padre o madre	Motivo para las ausencias
*Sábado						
*Domingo						
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						

\*Las horas en las que no hay cuidado son los sábados y domingos y entre las 6 p.m. y las 6 a.m. de lunes a viernes

El Proveedor de cuidados infantiles debe mantener un sistema para registrar los días y el número de horas que el niño o niños están bajo el cuidado del Proveedor de cuidados infantiles.

**Se requiere que los padres firmen** estos registros de asistencia para indicar que están de acuerdo con el número de horas de cuidado proporcionadas semanalmente.

CCSP puede solicitar copias de sus hojas de entradas y salidas; conserve estos registros.

**Consérvelos para sus registros.**

Fecha:

Día	Nombre del niño	Hora a la que llegó	Hora a la que fue recogido	Número total de horas de cuidados para el día	Firma del padre o madre	Motivo de las ausencias
*Sábado						
*Domingo						
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						

Fecha:

Día	Nombre del niño	Hora a la que llegó	Hora a la que fue recogido	Número total de horas de cuidados para el día	Firma del padre o madre	Motivo para las ausencias
*Sábado						
*Domingo						
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						

\*Las horas en las que no hay cuidado son los sábados y domingos y entre las 6 p.m. y las 6 a.m. de lunes a viernes

ESTADO DE MAINE  
SOLICITUD DE ACTIVACIÓN O CAMBIO PARA DEPÓSITO DIRECTO O EFT

ENVIAR POR Dept. of Health & Human Services/OCFS  
CORREO CCSP Child Care Subsidy Program  
POSTAL A: 11 State House Station  
Augusta ME 04333-0011

Agencia o departamento del Estado con quien realiza negocios. (por ejemplo: DHHS o Labor o DEP)

**Requerimos que envíe un cheque cancelado o carta de su banco para la verificación de la cuenta.**

Elija UNA  
 NUEVA  
 CAMBIO

Nombre del beneficiario

TIN del beneficiario\*

Elija UNA  
 SSN

Nombre de la persona de contacto y N.º de teléfono (si es diferente al beneficiario)

\*Requiere el TIN ~ N.º de Identificación de Empleador o N.º de Seguro Social  EIN

Código de proveedor  Incluye VC o VS

Dirección del beneficiario (calle o apartado postal, ciudad, estado y código postal)

Un número de código de proveedor (VC/VS) por formulario y puede ser proporcionado por agencia.

Autorizo al Estado de Maine a enviar detalles de pago de DD/EFT a la dirección de correo electrónico incluida.

Correo electrónico

**Al firmar y enviar de regreso este documento, usted está de acuerdo con la siguiente declaración:**

Yo, la persona que suscribe, lo autorizo a usted a realizar transferencias electrónicas de pago a la cuenta proporcionada a continuación. Autorizo o autorizamos a la Agencia a iniciar registros de crédito y débito (solo con el fin de corregir un crédito erróneo siempre que, antes del débito, la Agencia me notifique o nos notifique por escrito acerca del motivo) en mi cuenta o nuestra cuenta en la institución financiera que se indica a continuación. Yo o nosotros acordamos notificar a las oficinas de la Agencia inmediatamente si descubrimos cualquier error como resultado de transacciones cubiertas bajo esta autorización, así como notificar a las oficinas de la Agencia de cualquier cambio que pueda afectar estas instrucciones o la capacidad de la Agencia para basarse en ellas. Esta autorización puede ser cancelada por mí o por nosotros en cualquier momento notificando a la Agencia por escrito. Al autorizar que se me proporcionen o se nos proporcionen los servicios anteriores, estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a la Agencia y al Estado de Maine de toda pérdida, costo, daño o gasto que yo o nosotros podamos incurrir como resultado de errores en los depósitos o registros de crédito o débito causados por personas que no sean empleados de la Agencia o del Estado de Maine.

**ANTIGUA Información bancaria:** Esta sección es SOLO para CAMBIOS ; para la configuración de un nuevo banco, VAYA a la sección NUEVA a continuación.

Nombre en la cuenta  N.º de enrutamiento   
(de tránsito o ABA)

Nombre de la institución financiera  N.º de cuenta

Dirección de la institución financiera (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal y teléfono)

Elija UNA  
 AHORROS  
 CORRIENTE

**DEBERÁ notificarnos de cualquier cambio en su nombre, dirección e información de contacto llenando un formulario de Activación o Cambio de Proveedor. Puede encontrar nuestros formularios en: <http://www.maine.gov/osc/forms/Index.shtml> (bajo la sección de PROVEEDORES (VENDOR)).**

**NUEVA Información bancaria:** \* REQUIERE que la nueva información bancaria se escriba en este documento.

Nombre en la cuenta\*  N.º de enrutamiento\*   
(Número de tránsito o ABA)

Nombre de la institución financiera\*  N.º de cuenta\*

Dirección de la institución financiera\* (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal y teléfono)

Elija UNA  
 AHORROS  
 CORRIENTE

**Requerimos que envíe un cheque cancelado o carta de su banco para la verificación de la cuenta.**

Firma del beneficiario\* \_\_\_\_\_ Fecha:

(Recipiente Beneficiario) o Agente Autorizado (no se puede rellenar, se debe firmar después de imprimir el documento)

**LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO SERÁN PROCESADOS**

Solo para uso de la agencia  
NOMBRE DEL CONTACTO EN LA AGENCIA \_\_\_\_\_

N.º DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

N.º DE SHS \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_  
EFT\_V6 11/14/14



## Estado de Maine - instrucciones para: Solicitud de activación, cambio de Depósito Directo o EFT

- A. **Correo postal:** Debe devolver este formulario y cualquier otro formulario a la agencia del estado de Maine con la que está trabajando. La dirección de la agencia debería estar aquí. **No** lo envíe a OSC.
- B. **Solo para uso de la oficina:** Esto es para la agencia del Estado de Maine que haya solicitado que complete su información. No tiene que escribir nada aquí.

**STATE OF MAINE**  
**ACTIVATION/CHANGE REQUEST FOR DIRECT DEPOSIT / EFT**

MAIL TO: **AGENCY RETURN LEGAL STAFF** (A)

**We require you to submit a voided check or letter from your bank for account verification.** (1)

Payee's Name: \_\_\_\_\_ TIN of Payor: \_\_\_\_\_ (2)

Contact Person's Name & Phone # (if address from form): \_\_\_\_\_ Vendor Code: \_\_\_\_\_ (3) (4)

Address of Payee (Street, City, State & Zip): \_\_\_\_\_ (5)

Email: \_\_\_\_\_ (6)

**By signing and returning this document, you agree to the following statement:** (7)

**OLD Bank Info:** (8)

Name on Account: \_\_\_\_\_ Routing #: \_\_\_\_\_ (9)

Name of Financial Institution: \_\_\_\_\_ Account #: \_\_\_\_\_

Address of Financial Institution (Street/PO/Box, State, Zip & Phone): \_\_\_\_\_

**NEW Bank Info:** (10)

Name on Account: \_\_\_\_\_ Routing #: \_\_\_\_\_ (11)

Name of Financial Institution: \_\_\_\_\_ Account #: \_\_\_\_\_

Address of Financial Institution (Street/PO/Box, State, Zip & Phone): \_\_\_\_\_

Signature of Payor: \_\_\_\_\_ (12)

**INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE PROCESSED**

For agency use only: AGENCY CONTACT NAME: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Usted o su representante legal debería completar la información. (No un empleado del Estado). Es su responsabilidad proporcionar la información correcta. (Es posible que solicitemos pruebas del SSN).

1. **REQUERIMOS que envíe un cheque cancelado o carta de su banco para la verificación de la cuenta.** Debe incluir su nombre, dirección y números de enrutamiento y cuenta o bien un cheque pre impreso o una carta con el membrete del banco. (**NO** aceptamos comprobantes de depósito o cheques provisionales).
2. **Nuevo o cambio:** ¿Está cambiando su información bancaria o añadiendo nueva información bancaria? Seleccione UNA. Puede saltarse esto si no está seguro.
3. **Nombre del beneficiario:** es usted. **Nombre o número de teléfono del contacto:** es usted o alguien que puede hablar sobre la información en su nombre. **Dirección del beneficiario:** es su dirección de correspondencia. Estos campos son **OBLIGATORIOS**.
4. **TIN del beneficiario:** Este es su Número de Seguro Social (SSN) si se le está pagando a ustedes personalmente, o su Identificación Fiscal de Empleador (EIN) si representa a una compañía. Elija UNA opción solamente. Esto es **OBLIGATORIO**.
5. **Código de proveedor:** Es posible que usted sepa su número de código de vendedor (VC#), esto no es obligatorio para usted. La agencia puede añadir esta información al formulario por usted. Es posible que no tenga un número VC porque es nuevo.
6. **Correo electrónico:** Para notificación de depósito directo por correo electrónico. Normalmente se recibe entre 3 y 5 días antes de su depósito para un ciclo normal. **Marque: Autorizo al Estado de Maine a enviar detalles de pago de DD/EFT a la dirección de correo electrónico incluida.** Marque la casilla si desea recibir la notificación por correo electrónico. Esto es opcional.
7. **Al firmar y volver a enviar este documento, usted está de acuerdo con la siguiente declaración:** Debería leer la letra pequeña. No se pueden hacer cambios a la letra pequeña. El Estado de Maine normalmente no realizará débitos a su cuenta sin notificarle a través de la Tesorería o su Banco. Esto es muy poco probable. Esto nos autoriza a depositar su pago en su cuenta.
8. **ANTIGUA Información bancaria:** Aquí es donde iría la información de su antigua cuenta bancaria si está cambiando de un número de cuenta o banco a un nuevo número de cuenta o banco. Esto no es obligatorio, pero se recomienda.
9. **Nueva información bancaria:** Introduzca su nueva información bancaria aquí. Nombre en la cuenta, nombre del banco, dirección del banco. Esto es **OBLIGATORIO**.
10. **Números de enrutamiento y cuenta:** Introduzca sus números de enrutamiento y cuenta aquí. Deben coincidir con la documentación proporcionada. Esto es **OBLIGATORIO**.
11. **Cuenta de ahorro o corriente:** seleccione solo una. Esto es **OBLIGATORIO**.
12. **Firma y fecha:** es obligatorio que firme y ponga la fecha en este formulario o no podremos procesar su solicitud. Esto es **OBLIGATORIO**.

\*No podemos procesar formularios incompletos. Si uno de los elementos obligatorios no está completo, no podremos procesar la solicitud. El formulario será devuelto a la agencia del estado de Maine con la que está trabajando o será destruido.



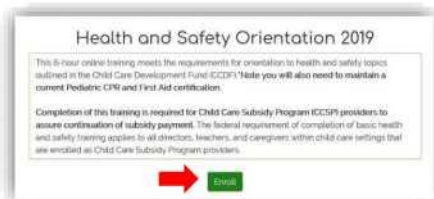
## Capacitación GRATUITA de orientación sobre salud y seguridad cuando se solicita

Para acceder a la nueva capacitación de *Orientación de Salud y Seguridad*, siga las instrucciones a continuación

1. Comience en la página de inicio de sesión de Maine Roads to Quality Registry:  
<https://mrtq-registry.org/>
2. Inicie sesión utilizando su nombre de usuario y contraseña de Maine Roads to Quality Registry.\*



3. Una vez que haya iniciado sesión, haga clic en "Matricularse" ("Enroll") bajo el título "Capacitación bajo demanda" ("On-demand Training")
4. Seleccione la *Orientación de Salud y Seguridad (Health and Safety Orientation) 2019* (parte superior de la página).



5. Bajo "Mis cursos" ("My courses"), seleccione *Orientación de Salud y Seguridad Bajo Demanda ("Health and Safety Orientation On Demand")*.



¡Ya está inscrito en la capacitación! Si tiene preguntas acerca de cómo acceder a esta capacitación o completarla, comuníquese con Maine Roads to Quality Professional Development Network al [mrtq.training@maine.edu](mailto:mrtq.training@maine.edu) o llamando al 1-888-900-0055.

\*Si no es miembro de Maine Roads to Quality Registry, haga clic en "Join" ("Unirse") para crear un nombre de usuario y una contraseña. *No es necesario que se una al Registro para acceder a esta capacitación.*



## **Facturación en línea para proveedores de CCSP aprobados**

En un esfuerzo por reducir los costos de correo y papel, CCSP promueve el uso de facturación en línea. Lea las instrucciones que aparecen a continuación para más información sobre el uso de cuentas de facturación en línea. La facturación en línea garantiza que su información de facturación se reciba a tiempo.

Visite: <https://gatewav.maine.gov/DHHS/ccsp/Account/ProviderLogin.aspx>

- Haga clic en el enlace que dice "Haga clic aquí para solicitar una cuenta de nuevo proveedor" ("Click here to apply for new Provider Account")

Cuando se abra la página, introduzca la siguiente información:

- El número de Identificación de la licencia o proveedor, que tiene 6 dígitos
  - Si no sabe cuál es su número de identificación de licencia o proveedor, llame a su especialista de CCSP al 1-877-680-5866 o, si ha recibido una factura en papel, podrá encontrar esta información en la esquina superior derecha de la página.
- Introduzca el nombre y apellido del nuevo usuario.
  - El usuario es la persona que introduce la información de facturación para el Proveedor de Cuidados infantiles. Esta persona puede ser el propietario, gerente, contador, o auxiliar de contabilidad del Centro, Instalaciones u Hogar de Cuidados infantiles.
- Introduzca la dirección de correo electrónico del nuevo usuario.
- Verifique la dirección física de la compañía
- Verifique la dirección de correspondencia de la compañía
  - Si se introduce una dirección física o de correspondencia incorrecta, no aparecerá la información de facturación correspondiente.
  - Llame a su especialista de CCSP al 1-877-680-5866
- Lea la Declaración de Liberación de Responsabilidad y marque la casilla para reconocer que ha leído y comprende la Declaración de Liberación de Responsabilidad.
- ¡Haga clic en ENVIAR! (SUBMIT).

**Programa de Subsidio de Cuidados infantiles**  
**Calendario semanal de facturación, de julio de 2021 a agosto de 2022**

CCSP sigue un programa de facturación quincenal. Los formularios se envían después de que se hayan completado las horas descuidado, pero no antes del viernes a las 5:00 pm siguiendo el calendario que se indica a continuación. Cualquier factura que se envíe demasiado pronto será rechazada. Para que las facturas se procesen deben ser recibidas sin errores antes del mediodía del miércoles. Una vez que el formulario de facturación del Proveedor de Cuidados infantiles no contenga errores y se envíe al Departamento en el plazo estipulado, el Departamento pagará al Proveedor de Cuidados infantiles en un plazo de veintiún (21) días calendario después de recibir el formulario. El Departamento no pagará a los Proveedores de Cuidados infantiles que no presenten una factura en un plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha límite de presentación establecida por el Departamento.

El estado de Maine observa la siguiente lista de días festivos. Las oficinas pueden estar cerradas durante estas semanas y la facturación podría estar sujeta a retrasos. Año Nuevo, Día de Martin Luther King, Jr., Día del Presidente, Día del Patriota, Día de la Recordación, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de los Pueblos Indígenas, Día de los Veteranos, Día de Acción de Gracias y el día siguiente, y Navidad.

Para obtener información adicional sobre facturación y pagos, consulte su Acuerdo de Proveedor.

<b>Ciclo de facturación quincenal</b>	<b>Fechas para enviar la facturación para su procesamiento.</b>
<b>07/31-8/13</b>	<b>Viernes 08 /13 después de las 5 pm hasta el miércoles 08/18 al mediodía</b>
<b>08/14-08/27</b>	<b>Viernes 08 /27 después de las 5 pm hasta el miércoles 09/01 al mediodía</b>
<b>08/28-09/10</b>	<b>Viernes 09 /10 después de las 5 pm hasta el miércoles 09/15 al mediodía</b>
<b>09/11-09/24</b>	<b>Viernes 09 /24 después de las 5 pm hasta el miércoles 09/29 al mediodía</b>
<b>09/25-10/08</b>	<b>Viernes 10/08 después de las 5 pm hasta el miércoles 10/13 al mediodía</b>
<b>10/09-10/22</b>	<b>Viernes 10/22 después de las 5 pm hasta el miércoles 10/27 al mediodía</b>
<b>10/23-11/05</b>	<b>Viernes 11/05 después de las 5 pm hasta el miércoles 11/10 al mediodía</b>
<b>11/06-11/19</b>	<b>Viernes 11/19 después de las 5 pm hasta el miércoles 11/24 al mediodía</b>
<b>11/20-12/03</b>	<b>Viernes 12/03 después de las 5 pm hasta el miércoles 12/08 al mediodía</b>
<b>12/04-12/17</b>	<b>Viernes 12/17 después de las 5 pm hasta el miércoles 12/22 al mediodía</b>
<b>12/18-12/31</b>	<b>Viernes 12/31 después de las 5 pm hasta el miércoles 01/05 al mediodía</b>
<b>01/01-01/14</b>	<b>Viernes 01/14 después de las 5 pm hasta el miércoles 01/19 al mediodía</b>
<b>01/15-01/28</b>	<b>Viernes 01/28 después de las 5 pm hasta el miércoles 02/02 al mediodía</b>
<b>01/29-02/11</b>	<b>Viernes 02/11 después de las 5 pm hasta el miércoles 02/16 al mediodía</b>
<b>02/12-02/25</b>	<b>Viernes 02/25 después de las 5 pm hasta el miércoles 03/02 al mediodía</b>
<b>02/26-03/11</b>	<b>Viernes 03/11 después de las 5 pm hasta el miércoles 03/16 al mediodía</b>
<b>03/12-03/25</b>	<b>Viernes 03/25 después de las 5 pm hasta el miércoles 03/30 al mediodía</b>
<b>03/26-04/08</b>	<b>Viernes 04/08 después de las 5 pm hasta el miércoles 04/13 al mediodía</b>
<b>04/09-04/22</b>	<b>Viernes 04/22 después de las 5 pm hasta el miércoles 04/27 al mediodía</b>
<b>04/23-05/06</b>	<b>Viernes 05/06 después de las 5 pm hasta el miércoles 05/11 al mediodía</b>
<b>05/07-05/20</b>	<b>Viernes 05/20 después de las 5 pm hasta el miércoles 05/25 al mediodía</b>
<b>05/21-06/03</b>	<b>Viernes 06/03 después de las 5 pm hasta el miércoles 06/08 al mediodía</b>
<b>06/04-06/17</b>	<b>Viernes 06/17 después de las 5 pm hasta el miércoles 06/22 al mediodía</b>
<b>06/18-07/01</b>	<b>Viernes 07/01 después de las 5 pm hasta el miércoles 07/06 al mediodía</b>
<b>07/02-07/15</b>	<b>Viernes 07/15 después de las 5 pm hasta el miércoles 07/20 al mediodía</b>
<b>07/16-07/29</b>	<b>Viernes 07/29 después de las 5 pm hasta el miércoles 08/03 al mediodía</b>
<b>07/30-08/12</b>	<b>Viernes 08/12 después de las 5 pm hasta el miércoles 08/17 al mediodía</b>
<b>08/13-08/26</b>	<b>Viernes 08/26 después de las 5 pm hasta el miércoles 08/31 al mediodía</b>

**TARIFAS DE MERCADO DE CUIDADOS INFANTILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE MAINE - 3 DE JULIO DE 2021**

Condado	Centro de cuidados infantiles autorizado				Tarifa máxima de cuidados infantiles familiar con licencia				Tarifa máxima de cuidados infantiles exento de licencia			
	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo
<b>ANDROSCOGGIN</b>												
Bebés	\$215.00	\$161.25	\$107.50	\$53.75	\$170.00	\$127.50	\$85.00	\$42.50	\$119.00	\$89.25	\$59.50	\$29.75
Niños pequeños	\$200.00	\$150.00	\$100.00	\$50.00	\$160.00	\$120.00	\$80.00	\$40.00	\$112.00	\$84.00	\$56.00	\$28.00
Preescolar	\$165.00	\$123.75	\$82.50	\$41.25	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Edad escolar	\$155.00	\$116.25	\$77.50	\$38.75	\$135.00	\$101.25	\$67.50	\$33.75	\$94.50	\$70.88	\$47.25	\$23.63
<b>AROOSTOOK</b>												
Bebés	\$185.00	\$138.75	\$92.50	\$46.25	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Niños pequeños	\$154.00	\$115.50	\$77.00	\$38.50	\$130.00	\$97.50	\$65.00	\$32.50	\$91.00	\$68.25	\$45.50	\$22.75
Preescolar	\$148.00	\$111.00	\$74.00	\$37.00	\$125.00	\$93.75	\$62.50	\$31.25	\$87.50	\$65.63	\$43.75	\$21.88
Edad escolar	\$140.00	\$105.00	\$70.00	\$35.00	\$125.00	\$93.75	\$62.50	\$31.25	\$87.50	\$65.63	\$43.75	\$21.88
<b>CUMBERLAND</b>												
Bebés	\$303.00	\$227.25	\$151.50	\$75.75	\$225.00	\$168.75	\$112.50	\$56.25	\$157.50	\$118.13	\$78.75	\$39.38
Niños pequeños	\$279.00	\$209.25	\$139.50	\$69.75	\$200.00	\$150.00	\$100.00	\$50.00	\$140.00	\$105.00	\$70.00	\$35.00
Preescolar	\$263.08	\$197.31	\$131.54	\$65.77	\$225.00	\$168.75	\$112.50	\$56.25	\$157.50	\$118.13	\$78.75	\$39.38
Edad escolar	\$180.00	\$135.00	\$90.00	\$45.00	\$175.00	\$131.25	\$87.50	\$43.75	\$122.50	\$91.88	\$61.25	\$30.63
<b>FRANKLIN</b>												
Bebés	\$205.00	\$153.75	\$102.50	\$51.25	\$193.75	\$145.31	\$96.88	\$48.44	\$135.63	\$101.72	\$67.82	\$33.91
Niños pequeños	\$196.00	\$147.00	\$98.00	\$49.00	\$172.50	\$129.38	\$86.25	\$43.13	\$120.75	\$90.56	\$60.38	\$30.19
Preescolar	\$181.67	\$136.25	\$90.84	\$45.42	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Edad escolar	\$125.00	\$93.75	\$62.50	\$31.25	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
<b>HANCOCK</b>												
Bebés	\$227.00	\$170.25	\$113.50	\$56.75	\$157.25	\$117.94	\$78.63	\$39.31	\$110.08	\$82.56	\$55.04	\$27.52
Niños pequeños	\$219.00	\$164.25	\$109.50	\$54.75	\$155.00	\$116.25	\$77.50	\$38.75	\$108.50	\$81.38	\$54.25	\$27.13
Preescolar	\$197.00	\$147.75	\$98.50	\$49.25	\$155.00	\$116.25	\$77.50	\$38.75	\$108.50	\$81.38	\$54.25	\$27.13
Edad escolar	\$149.00	\$111.75	\$74.50	\$37.25	\$145.00	\$108.75	\$72.50	\$36.25	\$101.50	\$76.13	\$50.75	\$25.38
<b>KENNEBEC</b>												
Bebés	\$220.00	\$165.00	\$110.00	\$55.00	\$175.00	\$131.25	\$87.50	\$43.75	\$122.50	\$91.88	\$61.25	\$30.63
Niños pequeños	\$200.00	\$150.00	\$100.00	\$50.00	\$155.00	\$116.25	\$77.50	\$38.75	\$108.50	\$81.38	\$54.25	\$27.13
Preescolar	\$267.00	\$200.25	\$133.50	\$66.75	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Edad escolar	\$145.00	\$108.75	\$72.50	\$36.25	\$125.00	\$93.75	\$62.50	\$31.25	\$87.50	\$65.63	\$43.75	\$21.88

**TARIFAS DE MERCADO DE CUIDADOS INFANTILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE MAINE - 3 de julio de 2021**

Condado	Centro de cuidados infantiles autorizado				Tarifa máxima de cuidados infantiles familiar con licencia				Tarifa máxima de cuidados infantiles exento de licencia			
	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo
<b>KNOX</b>												
Bebés	\$219.00	\$164.25	\$109.50	\$54.75	\$175.00	\$131.25	\$87.50	\$43.75	\$122.50	\$91.88	\$61.25	\$30.63
Niños pequeños	\$219.00	\$164.25	\$109.50	\$54.75	\$160.00	\$120.00	\$80.00	\$40.00	\$112.00	\$84.00	\$56.00	\$28.00
Preescolar	\$209.00	\$156.75	\$104.50	\$52.25	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Edad escolar	\$220.00	\$165.00	\$110.00	\$55.00	\$140.00	\$105.00	\$70.00	\$35.00	\$98.00	\$73.50	\$49.00	\$24.50
<b>LINCOLN</b>												
Bebés	\$210.00	\$157.50	\$105.00	\$52.50	\$185.00	\$138.75	\$92.50	\$46.25	\$129.50	\$97.13	\$64.75	\$32.38
Niños pequeños	\$200.00	\$150.00	\$100.00	\$50.00	\$185.00	\$138.75	\$92.50	\$46.25	\$129.50	\$97.13	\$64.75	\$32.38
Preescolar	\$200.00	\$150.00	\$100.00	\$50.00	\$180.00	\$135.00	\$90.00	\$45.00	\$126.00	\$94.50	\$63.00	\$31.50
Edad escolar	\$178.75	\$134.06	\$89.38	\$44.69	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
<b>OXFORD</b>												
Bebés	\$205.00	\$153.75	\$102.50	\$51.25	\$193.75	\$145.31	\$96.88	\$48.44	\$135.63	\$101.72	\$67.82	\$33.91
Niños pequeños	\$196.00	\$147.00	\$98.00	\$49.00	\$172.50	\$129.38	\$86.25	\$43.13	\$120.75	\$90.56	\$60.38	\$30.19
Preescolar	\$181.67	\$136.25	\$90.84	\$45.42	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Edad escolar	\$125.00	\$93.75	\$62.50	\$31.25	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
<b>PENOBSCOT</b>												
Bebés	\$255.00	\$191.25	\$127.50	\$63.75	\$185.00	\$138.75	\$92.50	\$46.25	\$129.50	\$97.13	\$64.75	\$32.38
Niños pequeños	\$230.00	\$172.50	\$115.00	\$57.50	\$180.00	\$135.00	\$90.00	\$45.00	\$126.00	\$94.50	\$63.00	\$31.50
Preescolar	\$205.00	\$153.75	\$102.50	\$51.25	\$175.00	\$131.25	\$87.50	\$43.75	\$122.50	\$91.88	\$61.25	\$30.63
Edad escolar	\$200.00	\$150.00	\$100.00	\$50.00	\$165.00	\$123.75	\$82.50	\$41.25	\$115.50	\$86.63	\$57.75	\$28.88
<b>PISCATAQUIS</b>												
Bebés	\$185.00	\$138.75	\$92.50	\$46.25	\$175.00	\$131.25	\$87.50	\$43.75	\$122.50	\$91.88	\$61.25	\$30.63
Niños pequeños	\$154.00	\$115.50	\$77.00	\$38.50	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Preescolar	\$148.00	\$111.00	\$74.00	\$37.00	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Edad escolar	\$140.00	\$105.00	\$70.00	\$35.00	\$140.00	\$105.00	\$70.00	\$35.00	\$98.00	\$73.50	\$49.00	\$24.50
<b>SAGADAHOC</b>												
Bebés	\$210.00	\$157.50	\$105.00	\$52.50	\$185.00	\$138.75	\$92.50	\$46.25	\$129.50	\$97.13	\$64.75	\$32.38
Niños pequeños	\$200.00	\$150.00	\$100.00	\$50.00	\$185.00	\$138.75	\$92.50	\$46.25	\$129.50	\$97.13	\$64.75	\$32.38
Preescolar	\$200.00	\$150.00	\$100.00	\$50.00	\$180.00	\$135.00	\$90.00	\$45.00	\$126.00	\$94.50	\$63.00	\$31.50
Edad escolar	\$178.75	\$134.06	\$89.38	\$44.69	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25

**TARIFAS DE MERCADO DE CUIDADOS INFANTILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE MAINE - 3 de julio de 2021**

Condado	Centro de cuidados infantiles autorizado				Tarifa máxima de cuidados infantiles familiar con licencia				Tarifa máxima de cuidados infantiles exento de licencia			
	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo
<b>SOMERSET</b>												
Bebés	\$185.00	\$138.75	\$92.50	\$46.25	\$175.00	\$131.25	\$87.50	\$43.75	\$122.50	\$91.88	\$61.25	\$30.63
Niños pequeños	\$154.00	\$115.50	\$77.00	\$38.50	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Preescolar	\$148.00	\$111.00	\$74.00	\$37.00	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Edad escolar	\$140.00	\$105.00	\$70.00	\$35.00	\$140.00	\$105.00	\$70.00	\$35.00	\$98.00	\$73.50	\$49.00	\$24.50
<b>WALDO</b>												
Bebés	\$219.00	\$164.25	\$109.50	\$54.75	\$175.00	\$131.25	\$87.50	\$43.75	\$122.50	\$91.88	\$61.25	\$30.63
Niños pequeños	\$219.00	\$164.25	\$109.50	\$54.75	\$160.00	\$120.00	\$80.00	\$40.00	\$112.00	\$84.00	\$56.00	\$28.00
Preescolar	\$209.00	\$156.75	\$104.50	\$52.25	\$150.00	\$112.50	\$75.00	\$37.50	\$105.00	\$78.75	\$52.50	\$26.25
Edad escolar	\$220.00	\$165.00	\$110.00	\$55.00	\$140.00	\$105.00	\$70.00	\$35.00	\$98.00	\$73.50	\$49.00	\$24.50
<b>WASHINGTON</b>												
Bebés	\$227.00	\$170.25	\$113.50	\$56.75	\$157.25	\$117.94	\$78.63	\$39.31	\$110.08	\$82.56	\$55.04	\$27.52
Niños pequeños	\$219.00	\$164.25	\$109.50	\$54.75	\$155.00	\$116.25	\$77.50	\$38.75	\$108.50	\$81.38	\$54.25	\$27.13
Preescolar	\$197.00	\$147.75	\$98.50	\$49.25	\$155.00	\$116.25	\$77.50	\$38.75	\$108.50	\$81.38	\$54.25	\$27.13
Edad escolar	\$149.00	\$111.75	\$74.50	\$37.25	\$145.00	\$108.75	\$72.50	\$36.25	\$101.50	\$76.13	\$50.75	\$25.38
<b>YORK</b>												
Bebés	\$270.00	\$202.50	\$135.00	\$67.50	\$210.00	\$157.50	\$105.00	\$52.50	\$147.00	\$110.25	\$73.50	\$36.75
Niños pequeños	\$255.00	\$191.25	\$127.50	\$63.75	\$200.00	\$150.00	\$100.00	\$50.00	\$140.00	\$105.00	\$70.00	\$35.00
Preescolar	\$240.00	\$180.00	\$120.00	\$60.00	\$185.00	\$138.75	\$92.50	\$46.25	\$129.50	\$97.13	\$64.75	\$32.38
Edad escolar	\$204.00	\$153.00	\$102.00	\$51.00	\$165.00	\$123.75	\$82.50	\$41.25	\$115.50	\$86.63	\$57.75	\$28.88

Bebé se refiere a un niño de seis (6) semanas a doce (12) meses de edad

Niño pequeño se refiere a un niño de trece (13) meses a treinta y seis (36) meses de edad

Preescolar se refiere a un niño de más de 36 meses de edad pero que todavía no esté matriculado en el Kindergarten

Edad escolar se refiere a un niño matriculado en Kindergarten

	Tiempo completo	Tiempo parcial	Medio tiempo	Un cuarto de tiempo
Bebé o niño pequeño o preescolar	30 horas o más por semana	20 a 29 horas por semana	10 a 19 horas por semana	0 a 9 horas por semana
Edad escolar	30 horas o más por semana	11 a 29 horas por semana	6 a 10 horas por semana	0 a 5 horas por semana