



Estado de Utah
Departamento de Servicios para la Fuerza Laboral
**CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA PARA
PROVEEDORES DEL DWS**

Doy fe de que, como propietario del negocio o representante autorizado para administrar la información de la cuenta del portal para este centro, he revisado los detalles de cada caso y he informado los cambios conocidos y necesarios, los que incluyen los siguientes:

- Informé a cada niño que asistió menos de ocho horas en el primer mes en que el Departamento de Servicios para la Fuerza Laboral (Department of Workforce Services, DWS) pagó un subsidio. Indiqué si se espera que el niño asista o no el mes siguiente.
- Antes del día 25 del mes, informé o informaré a cada niño que no haya asistido ocho horas completas, y no he podido verificar si el niño volverá para recibir cuidados.
- Para todas las demás familias, informé a cada niño que asistió menos de ocho horas en el mes actual y la fecha en que los padres me notificaron el cambio.
- Informé a cada niño que no se espera que asista, al menos, ocho horas el próximo mes y la fecha en que el niño asistió o asistirá por última vez.
- Informé cuando yo puse fin, o el centro de cuidado infantil puso fin, al cuidado de un niño y envié un correo electrónico a occ@utah.gov para explicar por qué se puso fin al cuidado.
- Informé los créditos del DWS para aplicar al mes siguiente si cobré menos del subsidio recibido por un mes y el niño sigue asistiendo.
- Informé las tarifas negociadas más bajas que tengo para niños individuales. Los cambios notificados, a más tardar, el día 25 del mes actual entran en vigencia el mes siguiente.

Todos los cambios sabidos en el momento en que se complete la certificación deben informarse en ese momento. Entiendo que se me puede aplicar una sanción legal si cometo perjurio de las siguientes formas: si proporciono intencionalmente información falsa, oculto hechos o información relevante, o no informo con precisión los cambios.

Nombre comercial: _____

Número de licencia para cuidado infantil: _____

Mes y año para los que certifico la asistencia: _____

Fecha de finalización de la certificación: _____

Firma del proveedor o representante autorizado: /s/ _____

Entiendo que, para que este formulario sea aceptado como una certificación del portal de proveedores válida para el mes y el año mencionados anteriormente, este formulario completado debe ser recibido en la Oficina de Cuidado Infantil o llevar una fecha postal que esté dentro del plazo que abarca este período de certificación, que es entre el día 20 y el último día calendario del mes para el que se está certificando la asistencia.

El formulario puede enviarse por correo electrónico a occ@utah.gov, por fax al 801-526-4432 o por correo postal a Workforce Services, Office of Child Care, ATTN: Certification, 140 East 300 South, Salt Lake City, UT 84111.

Programa/Empleador que brinda igualdad de oportunidades

Disponemos de servicios y medios auxiliares (adaptaciones) a pedido para personas con discapacidad. Puede solicitarlos llamando al 801-526-9240. Las personas sordas, con problemas de audición o con problemas del habla pueden llamar al 711 y comunicarse con el servicio de retransmisión de Utah. Servicio de retransmisión de Utah en español: 1-888-346-3162.