



**Contrato de Participación en Wisconsin Shares**  
**WISCONSIN SHARES PARTICIPATION CONTRACT**

La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Ley de privacidad, s. 15.04(1)(m), Estatutos de Wisconsin].

Este contrato rige por un plazo de dos (2) años y se puede renovar.

Nombre – Programa		Número de Proveedor	
Número de Ubicación		Número de Instalación (si corresponde)	
Nombre – Director/Propietario			
Nombre – Persona de contacto (si es distinta al Director/Propietario)			
Dirección – Programa/Centro de Cuidado Infantil (Calle, ciudad, código postal)		Condado – Programa/Centro de Cuidado Infantil	
Teléfono – Persona de contacto		Teléfono celular – Persona de contacto	
Correo electrónico – Persona de contacto			
Cantidad de niños inscritos actualmente		Cantidad de aulas (si corresponde)	
Cantidad de niños por los que se recibe reembolso de Wisconsin Shares actualmente			

**Responsabilidades del Programa de Cuidado Infantil**

Estoy dispuesto a prestar servicios a niños por los que el Programa de Subsidio para Cuidado Infantil de Wisconsin Shares realiza un reembolso.

Acepto cumplir con todos los requisitos indicados en el formulario de autorización de Cuidado Infantil, incluidos: informar las horas reales de asistencia para todos los niños autorizados en el programa infantil; notificar inmediatamente que un niño ya no está asistiendo a mi programa después de tener conocimiento de que el niño ya no asiste al programa; no cuidar a más niños de los que permiten las normas reglamentarias, incluidos los niños que pagan en forma privada y los niños que reciben subsidios.

Yo, \_\_\_\_\_  
acepto cumplir todos los requisitos de información de asistencia del Programa para Subsidio de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares incluidos los informes precisos y oportunos, según se indica en el Manual de Políticas de Cuidado Infantil de Wisconsin Shares: <http://dcf.wisconsin.gov/childcare/wishares/manual.htm>, los estatutos del estado de Wisconsin y el Memorando de operaciones y las Normas administrativas. He leído y acepto cumplir con las políticas según se indican en la Guía de Política de Subsidio de Wisconsin Shares para Proveedores de Cuidado Infantil. Como proveedor del programa de cuidado infantil, acepto registrar las horas reales de llegada y partida y mantener estos registros en un formato accesible para una posible revisión más adelante.

**FIRMA** – Persona a cargo del Programa: \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó: \_\_\_\_\_  
(Fecha de vigencia)

**Para uso de la Oficina Regional de YoungStar únicamente**

Fecha en que se recibió	Iniciales	¿Está completo?	Fecha en que se procesó	Iniciales