



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 (si se conoce)
Número de Ubicación (si se conoce)	Número de Instalación (si se conoce)	
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		

Como destinatario de fondos de Wisconsin Shares, acepto lo siguiente:

Conozco los requisitos y reglas del programa Wisconsin Shares y revisaré y cumpliré las políticas indicadas en Wisconsin Statutes 49.155 sobre el subsidio para el cuidado infantil Wisconsin Shares, (<http://docs.legis.wisconsin.gov/statutes/statutes/49/III/155>).

Estoy dispuesto a cuidar a los niños que participan del Programa de Subsidio para el Cuidado Infantil Wisconsin Shares. El Programa de Subsidio para el Cuidado Infantil Wisconsin Shares proporciona fondos todos los meses a los padres utilizando la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, Electronic Benefits Transfer) MyWIChildCare. Entiendo que para recibir pagos por EBT, mi negocio deberá celebrar un contrato con el proveedor de pagos de DCF, FIS, que incluye mi número de identificación tributaria y la información de mi cuenta bancaria. Entiendo que es una violación de la regla del programa:

- Reembolsar los pagos hechos mediante EBT, en todo o en parte, a los titulares de tarjetas MyWIChildCare. Si hiciera falta un reembolso o un ajuste, mi programa debe comunicarse con el servicio de atención al cliente de FIS al 1-877-201-7601.
- Proporcionar efectivo, bienes o servicios (distintos al cuidado infantil) a los titulares de tarjetas MyWIChildCare a cambio de la autorización de pagos por EBT a mi programa.
- Pedir a los padres que proporcionen el Número de Identificación Personal (PIN) de su cuenta de EBT o que dejen su tarjeta EBT en mi programa o a algún miembro del personal.
- Que mi programa inicie transacciones EBT en nombre de un padre/madre.

Acepto cumplir con todos los requisitos indicados en las notificaciones mensuales de Información de Autorización de Cuidado Infantil (Monthly Child Care Authorization Information notices), incluido: completar la asistencia con precisión en los formularios de ingreso/salida y retener estos formularios en el programa; notificar a la agencia de cuidado infantil local que un niño que recibe fondos de Wisconsin Shares ya no asiste a mi programa inmediatamente después de enterarme del cambio en la asistencia; y no cuidar a más niños que los permitidos por las reglamentaciones, independientemente de si estos niños están inscritos por medio de pago privado o subsidio.

Proveedores en la casa únicamente: Acepto cumplir con todos los requisitos de verificación de antecedentes basados en huellas dactilares de los cuidadores según lo indicado en s.48.685(2)(br), Wis. Stats. Todos los licenciarios, adultos que

residen en la dirección del programa de cuidado infantil, voluntarios contados en los ratios personal-niños y todos los empleados (18 años y más) que deban tener una verificación de antecedentes del cuidador tendrán la obligación de completar las verificaciones basadas en las huellas dactilares.

NO FIRME ESTE CONTRATO HASTA QUE LO HAYA LEÍDO CON DETENIMIENTO, ESTÉ SEGURO DE QUE ENTIENDE TODAS LAS DISPOSICIONES Y QUE HAYA RECIBIDO UNA COPIA DE TODOS LOS DOCUMENTOS A LOS QUE SE HACE REFERENCIA EN ESTE CONTRATO, O HAYA PODIDO ACCEDER A ELLOS ELECTRÓNICAMENTE.

ESTE CONTRATO ES LEGALMENTE VINCULANTE. LA VIOLACIÓN DE ESTE CONTRATO PUEDE PROVOCAR QUE EL DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES TERMINE LAS AUTORIZACIONES DEL PROGRAMA WISCONSIN SHARES.

Yo, _____ acepto cumplir con todos los requisitos del Programa de Subsidio para el Cuidado Infantil Wisconsin Shares, según lo indicado en Wisconsin State Statutes 49.155 y Administrative Rules DCF 201. He leído y acepto cumplir con los términos de este contrato y políticas según lo indicado en el *Manual de Políticas de Wisconsin Shares (Wisconsin Shares Policy Manual)* (<https://dcf.wisconsin.gov/manuals/wishares-cc-manual/>). Como representante de mi programa, me aseguraré de que la asistencia se complete con precisión en los formularios de ingreso/salida y se conserve en el programa.

FIRMA – Representante autorizado del Programa

Fecha de la firma

Upon completion, please mail complete application to:

Wisconsin Department of Children and Families
Attn: YoungStar
201 E Washington Ave
E200
Madison, WI 53708

Or send via fax to:
608.267.7252

For Local YoungStar Office Use Only

Date Received	Initials	Complete?	Date Processed	Initials