

# Child Care Counts: COVID-19 Emergency Payment Program (El Cuidado infantil importa: Programa de pagos de emergencia en respuesta al COVID-19)

05/17/2020



Wisconsin Department of  
Children and Families

# Tabla de contenidos

|                                                                                       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Acerca de esta guía .....                                                             | 2         |
| Cómo presentar una solicitud .....                                                    | 4         |
| Página de resumen de los programas de pagos .....                                     | 5         |
| <b>CÓMO SOLICITAR EL PROGRAMA DE PAGOS N.º 1 .....</b>                                | <b>6</b>  |
| Financiamiento para proveer cuidado infantil a familias de la fuerza laboral esencial |           |
| <b>CÓMO SOLICITAR EL PROGRAMA DE PAGOS N.º 2 .....</b>                                | <b>19</b> |
| Pago de incentivos                                                                    |           |
| <b>CÓMO SOLICITAR EL PROGRAMA DE PAGOS N.º 3 .....</b>                                | <b>30</b> |
| Ayuda para programas de cuidado infantil temporalmente cerrados                       |           |

# Acerca de esta guía

Esta guía detalla cómo deben usar el Portal para Proveedores del DCF para solicitar financiamiento bajo el programa *Child Care Counts: COVID-19 Emergency Payment Program* (El Cuidado infantil importa: Programa de pagos de emergencia en respuesta al COVID-19).

Para solicitar los programas de pagos, el proveedor debe tener acceso al sistema del [Child Care Provider Portal](#) (Portal para Proveedores de Cuidado Infantil). Puede encontrar información sobre cómo solicitar acceso al Portal [aquí](#). Si necesita ayuda para acceder al Portal para Proveedores, envíe un correo electrónico a [DCFPlcBECRCBU@wisconsin.gov](mailto:DCFPlcBECRCBU@wisconsin.gov).

Una vez que tenga acceso al sistema, los proveedores pueden solicitar los tres programas de pago dentro de los períodos de solicitud correspondientes. **Nota del sistema:** la sesión en el Portal para Proveedores expirará después de **20 minutos de inactividad**, lo cual obligará a los usuarios a iniciar sesión nuevamente.



Si necesita ayuda, envíe un correo electrónico a:  
[DCFDECECOVID19CCPayments@wisconsin.gov](mailto:DCFDECECOVID19CCPayments@wisconsin.gov).

O llame y deje sus preguntas detalladas en:  
608-535-3650

# Cómo presentar una solicitud

Child Care Provider Portal

**Login**  
Existing CCPI Users can log in with 1

1 User ID and password that you used for CCPI.

User ID

Password

☐ Show Password  
☐ Remember Me  
☐ Enable Keyboard Accessibility Features  
☐ Enable Screen Reader Features

[...Hide Options](#)

**Login**

**Request Access:** Click on the following link [Request Access](#)  
**Help:** For problems logging in or to update your user profile, click on the following link [Account Management](#)

[About DCF](#) [Public Meetings](#) [Careers](#) [Request Records](#) [Contact Us](#) [Wisconsin.gov](#) [Press](#)

The Department of Children and Families, protecting children, strengthening families, building communities.

## 1. Pantalla de inicio de sesión

Vaya a <https://mywchildcareproviders.wisconsin.gov/>

Ingrese su **User ID** (ID de usuario) y **Password** (contraseña) en el campo que corresponda. Seleccione **Remember Me** (recordarme) para guardar sus credenciales de inicio de sesión para la próxima vez que visite el Portal. Haga clic en el botón **Login** (iniciar sesión) para continuar.

COVID-19 Emergency Information

Due to the COVID-19 pandemic, please complete the following and keep it up-to-date so that DCF and its partners can help Healthcare workers and others performing critical functions fill urgent child care needs. Press "Save" once you have completed filling out or updating the information.

Address 2414 E Calvary Dr  
Dane, WI 53524-4144

Is this location currently open? ☐ Yes ☒ No

Are you able to provide care for more children with special needs? ☒ Yes ☐ No

Enter the number of open slots you have available at this location below.

For children under 2 years?

For 2 and 3 year-olds?

For 4 and 5 year-olds?

For 6 year-olds and older?

Enter the total number of open slots (i.e., available slots) you have available at this location below.

Total available slots

Number of staff needed to increase or meet capacity

List here all essential emergency supplies you need

Last updated on 04/16/2020 04:51 PM

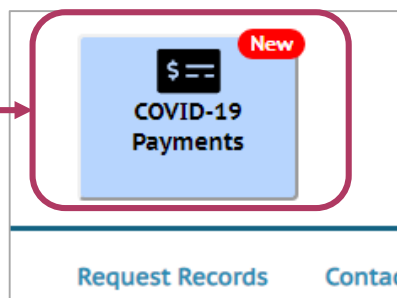
**Save**

**Home**

[Financial](#) [Facility](#) [Communications](#) [Manage Facility](#) [Individuals](#)

**2** [COVID-19 Payments](#)

[About DCF](#) [Public Meetings](#) [Careers](#) [Request Records](#) [Contact Us](#) [Wisconsin.gov](#) [Press](#)



**2. Botón de Programa de pagos COVID-19**  
Haga clic en el botón **COVID-19 Payments** (Programa de pagos COVID-19) en la parte inferior de la página de *Información sobre la emergencia por COVID-19*.

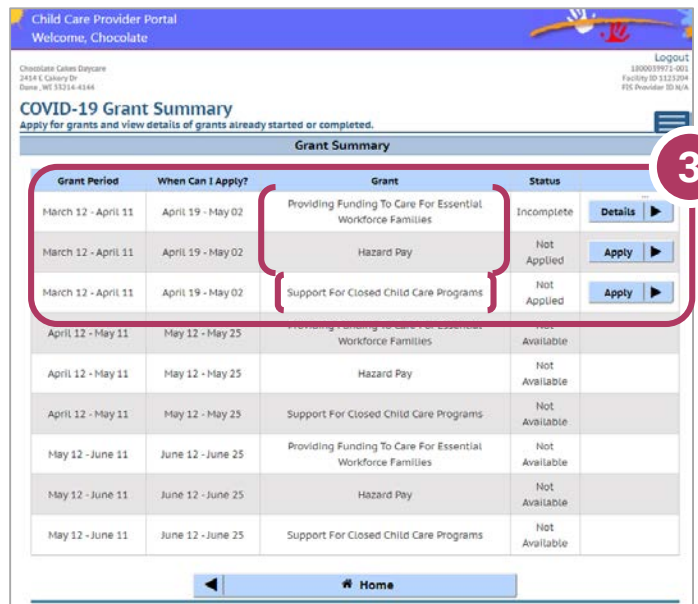
# Página de resumen de los programas de pagos

## 3. Lista de Solicitud de Programas de Pagos COVID-19

Hay tres períodos para realizar la solicitud.

En cada período de solicitud habrá tres programas de pagos que pueden solicitar los proveedores.

Puede solicitar en *cada uno* de los períodos indicados en la sección Período de financiamiento.



Child Care Provider Portal  
Welcome, Chocolate

Chocolate Cakes Daycare  
2814 N. Calhoun Dr.  
Dane, WI 53514-4144

COVID-19 Grant Summary  
Apply for grants and view details of grants already started or completed.

| Grant Period        | When Can I Apply? | Grant                                                      | Status        |                         |
|---------------------|-------------------|------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------|
| March 12 - April 11 | April 19 - May 02 | Providing Funding To Care For Essential Workforce Families | Incomplete    | <a href="#">Details</a> |
| March 12 - April 11 | April 19 - May 02 | Hazard Pay                                                 | Not Applied   | <a href="#">Apply</a>   |
| March 12 - April 11 | April 19 - May 02 | Support For Closed Child Care Programs                     | Not Applied   | <a href="#">Apply</a>   |
| April 12 - May 11   | May 12 - May 25   | Providing Funding To Care For Essential Workforce Families | Not Available |                         |
| April 12 - May 11   | May 12 - May 25   | Hazard Pay                                                 | Not Available |                         |
| April 12 - May 11   | May 12 - May 25   | Support For Closed Child Care Programs                     | Not Available |                         |
| May 12 - June 11    | June 12 - June 25 | Providing Funding To Care For Essential Workforce Families | Not Available |                         |
| May 12 - June 11    | June 12 - June 25 | Hazard Pay                                                 | Not Available |                         |
| May 12 - June 11    | June 12 - June 25 | Support For Closed Child Care Programs                     | Not Available |                         |

[Home](#)

**Tenga en cuenta** que los proveedores pueden solicitar los tres programas de pago — los fondos serán prorrateados en función de la cantidad de tiempo que estuvo abierto el programa durante el período de financiamiento de los Programas N.º 1 y N.º 2 y de la cantidad de tiempo del cierre temporal para el Programa N.º 3 (*Ayuda para programas de cuidado infantil cerrados*).

**!** Si no está seguro para cual programa de pagos es elegible, consulte la sección anterior del documento 'Acerca de los programas de pago en respuesta al COVID-19'.

Además del nombre del Programa de pagos, también verá el **estado** de su solicitud.

**Incomplete** (incompleto) indica que ha iniciado una solicitud para el programa, pero no se ha completado.

**Not Applied** (no solicitado) significa que no ha solicitado este programa.

**Not Available** (no disponible) significa que la fase de solicitud de este programa no está activa.



## CÓMO SOLICITAR EL PROGRAMA DE PAGOS N.º 1 Servicio de cuidado infantil para familias de la fuerza laboral esencial

1



2



- Resumen del programa de pago seleccionado
- Cuándo puede solicitar el proveedor
- Qué información se recopilará en el proceso de solicitud
- Qué sucede después de presentar la solicitud

Haga clic en **Continue** (continuar) para ir a la página **Application Details** (detalles de la solicitud).

# Agregar detalles de su programa en la solicitud

**COVID-19 Payments – Add Application Details**  
Add common and payment program details for Providing Funding To Care For Essential Workforce Families

**Grantee Details**

Funding Period Begin Date 03/12/2020  
Funding Period End Date 04/11/2020

Grantee First Name \* Test  
Grantee Middle Initial  
Grantee Last Name \* Test  
Grantee Email \* Test@Gmail.Com  
Grantee Phone \* (545) 454-5454

**Tell us if your program opened or closed due to COVID-19**

Was your facility open on 04/11/2020? \* ☒ Yes ☐ No  
Date your facility opened if after 03/12/2020?

**Tell us about the children at your facility**

Did your facility serve any children with disabilities? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children who speak languages other than English? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children who are experiencing homelessness? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children from tribal communities? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children living in rural areas? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children with disabilities? \* ☒ Yes ☐ No  
Did your facility serve any child who has an Individualized Family Service Plan (IFSP) or Individualized Education Program (IEP) and receives special education services and/or supports?

## 4. Agregue detalles del beneficiario del programa

Las fechas de inicio y término del período de financiamiento se muestran aquí. Estas fechas diferirán para cada uno de los tres períodos de financiamiento que puede solicitar.

Todas las preguntas de esta pantalla se refieren a las fechas específicas del período de financiamiento.

## 5. Informe las aperturas/cierres de su programa

Was your facility open on X/XX/2020? (¿Su programa estaba operativo el X/XX/2020?) — Esta pregunta busca conocer si su programa estuvo abierto hasta el último día del período de financiamiento.

Date your facility opened if after X/XX/2020? (¿En qué fecha abrió su programa después del X/XX/2020?) — Esta pregunta busca conocer si su programa estaba **CLOSED** (CERRADO) al inicio del período de financiamiento y cuándo volvió a abrir.

## 6. Información sobre los niños que atiende su programa

En esta sección, puede hacer clic en el  icono para obtener mayor información sobre la pregunta.



## Agregar detalles de su programa en la solicitud — Continuación

### 7. Otras fuentes de financiamiento

En la sección *Other COVID-19 Funding* (Otras fuentes de financiamiento en respuesta al COVID-19) debe informar la cantidad total de otros fondos recibidos en el campo “amount of funds received” (cantidad de fondos recibidos) y luego use el cuadro de comentarios para indicar la cantidad de cada fuente.

**Other COVID-19 funding from Sources Other than DCF or WI Shares**

Did you receive any funds for COVID-19 other than from DCF or WI Shares (e.g., SBA grant, Dane County CARES funding, etc)? ☒ Yes ☐ No

If yes, amount of funds received: 4,500.00

If yes, describe the funding source: \$2200 - SBA grant  
\$2300 - Dane County Grant

### 8. Detalles del Programa de pagos

Ingresa el número de niños inscritos en su programa durante el período de financiamiento. Este número debe reflejar *todos* los niños inscritos, independiente de si asistieron o no durante todo el período de financiamiento. Más adelante se le harán preguntas específicas sobre cada niño inscrito durante este periodo.

**Payment Program Details for Providing Funding To Care For Essential Workforce Families**

Payment Program: Providing Funding To Care For Essential Workforce Families

Number of Children Enrolled: \*

Capacity during COVID-19 emergency: \*

If you receive a payment, do you plan on using any of these funds to reimburse families of essential workers? ☒ Yes ☐ No

If you receive a payment, what percentage of the funds do you plan on paying for staff compensation? \*

☐ 1%-24%  
☐ 25%-49%  
☐ 50%-74%  
☐ 75%-100%

Comments:

9 Add

### 9. Agregar

Una vez que haya completado la información de su programa, seleccione **Add** (agregar) para guardar la información y verificar cualquier cierre de las instalaciones.

# Actualizar o verificar cierres temporales del programa

## 10. Cierres temporales

Se le pedirá que verifique cualquier cierre temporal durante el período de financiamiento. Si los cierres ya estaban ingresados en el Portal para proveedores, se mostrará esa información aquí. Si necesita agregar un período de cierre temporal, seleccione el botón **Add Temporary Closure** (agregar cierre temporal) y será dirigido a la sección **Closure Schedule** (calendario de cierres) que se muestra a continuación.

**COVID-19 Payments - Temporary Closure**

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Test, Test

**Verify Temporary Closure**

| From        | To | Closure Reason | Comments |
|-------------|----|----------------|----------|
| No closures |    |                |          |

The closure periods should reflect any periods of time your facility was closed during the grant period (3/12/2020 - 4/11/2020). You must verify the closure periods above by checking the box below and selecting Verify. If you need to add a new closure period, select the 'Add' button

**Add Temporary Closure**

☐ The closures listed above are accurate and complete for the period of 3/12/2020 to 4/11/2020. If you were not closed during the grant period, check the box to verify that there were no closure periods during the grant period.

Después de incluir todos los cierres temporales, haga clic en la casilla de verificación para indicar que ha registrado y verificado con precisión los cierres temporales de su programa.

**COVID-19 Payments - Add Closure Schedule**

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Test, Test

**Verify Temporary Closure**

From Date 3/13/2020  
To Date 3/25/2020  
COVID - 19 Closure Reason COVID-19 Lack of families  
Comments Not enough kids

**Add**

**Temporary Closure**



Si no tuvo ningún cierre temporal durante el período de financiamiento, marque la casilla de verificación y seleccione **Verify** (verificar) para continuar con la solicitud.

☒ The closures listed above are accurate and complete for the period of 3/12/2020 to 4/11/2020. If you were not closed during the grant period, check the box to verify that there were no closure periods during the grant period.

**Verify**

# Actualizar o verificar las horas de funcionamiento

**COVID-19 Payments - Operational Hours**  
Add Operational Hours

**Common Details**  
Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Test, Test  
[...More](#)

**Operational Hours**  
Specify your Operating Hours during  
3/12/2020 - 4/11/2020  
Enter open times for each day you are open  
(e.g., 7 am - 6 pm)  
☐ Sunday  
☒ Monday 6:00 AM - 6:00 PM  
☒ Tuesday 6:00 AM - 6:00 PM  
☒ Wednesday 6:00 AM - 6:00 PM  
☒ Thursday 6:00 AM - 6:00 PM  
☒ Friday 6:00 AM - 6:00 PM  
☐ Saturday  
Open some hours between 6 am and 6 pm ? ☐ Yes ☐ No  
Open some hours before 6 am or after 6 pm ? ☐ Yes ☐ No  
Comments  
**Add**  
**Operational Hours Details**

## 11. Horas de funcionamiento

En la siguiente sección, informe las horas de funcionamiento de su programa durante el período de financiamiento. Las horas de funcionamiento se completarán automáticamente en base a su licencia o certificación. Si realizó algún cambio en sus horas de funcionamiento para ampliar el horario de atención durante el período de financiamiento, deberá actualizar la información para todos los días que difieran del horario regular de su licencia o certificación. Seleccione el botón **Add** (agregar) para guardar su información y continuar a la sección **Individuals** (personas), donde informará el personal del programa durante la Emergencia por COVID-19.

# Añadir personal al programa

## 12. Revisar el personal asociado al programa

Se le pedirá que verifique a cada miembro del personal que trabajó en su programa durante el período de financiamiento. En esta página se mostrarán todas las personas añadidas a su programa.



Si no ve a un miembro del personal que trabajó durante el período de financiamiento, debe agregarlo en la sección *Individual Module* (módulo de personas) si desea que se le considere para el financiamiento. Sólo podrá añadir personal que tenga a lo menos cursada la solicitud de verificación de antecedentes en el sistema. Consulte el **Appendix I** (apéndice I) para obtener información sobre cómo agregar a una persona.

### Individuals

Select Staff to Attach to COVID-19 Payments Request

If a staff member is not listed below, access the Individuals link in the right-side sandwich menu to add the staff member onto your Individual list.

**Common Details**

Funding Period03/12/2020 - 04/11/2020Grantee NameProvider, Test

More

| Individuals      |                      |                   |        |
|------------------|----------------------|-------------------|--------|
| Name             | Role(s)              | Employment Period |        |
| Emma E Edge      | Teacher - Substitute | 08/01/19          | Select |
| Jimmy J Janitor  | Driver               | 07/23/18          | Select |
| Marcia January   | Employee             | 06/11/18          | Select |
| Mimi Michigan    | Administrator        | 02/08/18          | Select |
| Oskar Oos        | Director             | 02/01/18          | Select |
| Think Outofstate | Administrator        |                   | Select |
| Peter Provider   | Household Member     | 01/01/18          | Select |
| Sonja S Summer   | Applicant/Licensee   |                   | Select |

Staff List

Si es un proveedor familiar y es el único empleado en su programa, solo tendrá que agregar su información.

# Agregar un miembro al personal

## 13. Agregar personal para ser considerado en el financiamiento

Para agregar un miembro al personal para que sea considerado en el financiamiento, use el botón **Select** (seleccionar) para completar información de la persona.

Haga clic en el  icono para obtener mayor información sobre la pregunta.

| Individuals   |                      |                   |          |
|---------------|----------------------|-------------------|----------|
| Name          | Role(s)              | Employment Period |          |
| Yankee Doodle | Director             | 12/01/19          | Select ▶ |
| Emma E Edge   | Teacher - Substitute | 08/01/19          | Select ▶ |

**COVID-19 Payments - Staff**  
Add Staff

**Common Details**  
Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

**Individual**  
Name Emma E Edge  
Employment Period 8/1/2019

**Staff Details**  
Care Type? \* ☒ Full Time ☐ Part Time  
Was the individual on payroll during the grant period? \* ☒ Yes ☐ No  
Expected to be on Payroll after COVID-19 Emergency? \* ☒ Yes ☐ No  
Total Hours Worked \* 120   
Comments  

Add Staff

Haga clic en el botón **Add Staff** (agregar personal) para guardar la información de la persona. Será dirigido a la página *Staff Summary* (resumen del personal) para revisar las personas añadidas a la solicitud.

Para agregar más personal desde la sección *Staff Summary* (resumen del personal), haga clic en el botón **Add Staff** (agregar personal) para volver a la lista de *Individuals* (personas) y seleccionar otro empleado.

**COVID-19 Payments - Staff**  
Staff Attached to COVID-19 Payments Request

**Common Details**  
Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

**Staff**  

| Name          | Care Type | Current Payroll | Future Payroll | Total Hours Worked |           |
|---------------|-----------|-----------------|----------------|--------------------|-----------|
| Yankee Doodle | Ful-Time  | Yes             | Yes            | 150                | Details ▶ |
| Emma E Edge   | Ful-Time  | Yes             | Yes            | 120                | Details ▶ |

Add Staff ▶

Child List ▶

◀ Application Details

Una vez que haya terminado de agregar a todas las personas a la aplicación, seleccione el botón **Add Child** (agregar menor) para continuar con la solicitud.

# Agregar información de los menores

## 14. Agregue menores a la solicitud

Se le pedirá que agregue a *cada* niño inscrito en su programa durante el período de financiamiento.

**Other Essential Industries (otros rubros esenciales)** se refiere, entre otros, a los rubros: militar; centros de cuidado a largo plazo; instalaciones de cuidados residenciales; farmacias; guarderías; bienestar infantil; operaciones del gobierno; seguridad pública e infraestructura crítica como saneamiento, transporte, servicios públicos, telecomunicaciones; tiendas y servicios de comestibles y alimentos; operaciones de la cadena de suministro; y otros sectores según lo determine el departamento.

Haga clic en el botón **Add** (agregar) una vez que haya completado toda la información en la página.

# Agregar información de los menores

## 15. Agregue menores a la solicitud

Después de agregar un niño a la aplicación, será dirigido a la sección *Child List* (lista de niños) que le mostrará los niños agregados a su solicitud. Haga clic en el botón **Add Child** (agregar niño) para continuar agregando niños a su solicitud. Recuerde, la cantidad de niños que se muestra en esta lista debe coincidir con la cantidad de niños inscritos que indicó en la sección *Grant Details* (detalles de la subvención).

**COVID-19 Payments – Child List**

| Common Details |                         |  |
|----------------|-------------------------|--|
| Funding Period | 03/12/2020 - 04/11/2020 |  |
| Grantee Name   | Provider, Test          |  |

| Name      | Date of Birth | Care Type      |           |
|-----------|---------------|----------------|-----------|
| Test Baby | 1/1/2010      | Full-Time Care | Details ▶ |

Buttons: Add Child ▶, Submit Application ▶, Application details ◀

**COVID-19 Payments – Child Details**

| Common Details |                         |
|----------------|-------------------------|
| Funding Period | 03/12/2020 - 04/11/2020 |
| Grantee Name   | Provider, Test          |

| Child Details for COVID-19 Payments |          |
|-------------------------------------|----------|
| First Name                          | Test     |
| Middle Initial                      |          |
| Last Name                           | Baby     |
| Date of Birth                       | 1/1/2010 |

Buttons: Child List ◀, More ▶

Si necesita actualizar o revisar la información de un niño específico, haga clic en el botón **Details** (detalles) para acceder al registro de ese niño. Haga clic en el botón **...More** (...más) para acceder al botón **Modify Child** (modificar detalles del niño).

Si agregó un niño por error a la solicitud, puede eliminarlo marcando la casilla **Remove this child from the grant?** (¿Eliminar este niño de la subvención?)

Comments

Remove this child from the grant? ☐

Save

Haga clic en **Save** (guardar) en la página *Modify Child Details* (modificar detalles del niño) si ha cambiado alguna información y volverá a *Child List* (lista de niños). Puede continuar agregando niños según sea necesario, o bien, proceda a enviar su solicitud.

# Finalizar su solicitud

**COVID-19 Payments – Child List**

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

[More](#)

| Name      | Date of Birth | Care Type      |           |
|-----------|---------------|----------------|-----------|
| Test Baby | 1/1/2010      | Full-Time Care | Details ▶ |

[Add Child](#) ▶

**Submit Application** ▶

◀ [Application details](#)

16. Revise el envío de su solicitud  
Haga clic en **Submit Application** (enviar solicitud) para finalizar su solicitud.

Será dirigido a la página *Submit Application* (enviar solicitud). En la parte superior de la página se comparará la información que ingresó en la sección *Application Details* (detalles de la solicitud) con la información que ingresó para cada niño. El texto en rojo indica que hay información que no coincide entre la página *Application Details* (detalles de la solicitud) y los detalles de cada niño. La información inconsistente o incorrecta retrasará, y posiblemente no permitirá que su solicitud sea procesada. Es imprescindible que arregle la información indicada en color rojo. Si tiene problemas para arreglar/modificar su solicitud, envíe un correo electrónico o llame para solicitar asistencia.

**COVID-19 Payments – Modify Application Details**

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Test, Test

[More](#)

**Payment Program Details for Providing Funding To Care For Essential Workforce Families**

Payment Program Providing Funding To Care For Essential Workforce Families  
Grant Application ID E000000057

Number of Children Enrolled \* 1

Capacity during COVID-19 emergency \* 50

If you receive a payment, do you plan on using any of these funds to reimburse families of essential workers? \* ☒ Yes ☐ No

If you receive a payment, what percentage of the funds do you plan on paying for staff compensation? \* ☐ 1%-24% ☐ 25%-49% ☒ 50%-74% ☐ 75%-100%

Grant Status Incomplete ▼

Comments



# Finalizar su solicitud

## 17. Revise los Términos y condiciones

Después de revisar su información, lea los **Términos y condiciones** relacionados con la solicitud del programa de pagos. Tenga en cuenta que recomendamos encarecidamente imprimir y/o guardar en un lugar seguro los Términos y condiciones y todos los respaldos de gastos relacionados al financiamiento.

### Terms and Conditions

- I certify that all information provided in this application is true and correct to the best of my knowledge.
- I understand that the Department of Children and Families may monitor and review my use of program funds.

If I receive funding for **Program 1 – Providing Funding To Care For Essential Workforce Families** I agree to the following:

- I have prioritized and provided care for essential workforce families related to the State of Emergency.
- I will follow the [health and safety guidelines for child care providers as outlined by DCF](#).
- I will use the funds for payroll purposes and other allowable expenses which include but are not limited to:
  - Parent reimbursement for cost of care
  - Mortgage/rent
  - Utilities
  - Materials/supplies for cleaning and sanitation
- I will keep all original, supporting documentation related to how this funding was spent, including but not limited to:
  - Payroll registers and time sheets
  - Mortgage/rent statements
  - Utility statements
  - Original invoices and/or receipts for purchases of materials/supplies
  - Documentation to support employee wage increases
  - Documentation to support parent reimbursement for cost of care (cancelled check, money order, parent payment ledger or other documentation supporting parent reimbursement)
- I understand that DCF reserves the right to request documentation of use of this funding for review or audit purposes up to three (3) years after I receive the funds.
- I understand that DCF may require repayment of funds disbursed if terms and conditions are not met.

☐ I accept the Terms and Conditions above.

**Submit**

◀ **Application Details**

## 18. Envíe su solicitud

Una vez que haya leído los **Términos y condiciones**, haga clic en la casilla de verificación “I accept the Terms and Conditions above” (Acepto los Términos y condiciones indicados anteriormente) y haga clic en **Submit** (enviar) para enviar su solicitud.

| Payment Program Details for <i>Providing Funding To Care For Essential Workforce Families</i>                 |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Payment Program                                                                                               | Providing Funding To Care For Essential Workforce Families |
| Grant Application ID                                                                                          | E000000057                                                 |
| Number of Children Enrolled                                                                                   | 1                                                          |
| Capacity during COVID-19 emergency                                                                            | 50                                                         |
| If you receive a payment, what percentage of the funds do you plan on paying for staff compensation?          | 50%-74%                                                    |
| If you receive a payment, do you plan on using any of these funds to reimburse families of essential workers? | Yes                                                        |
| Grant Status                                                                                                  | Submitted<br>(view Terms and Conditions)                   |

**Modify Application Details**

# Modificaciones después del envío

## 19. Actualice información después del envío

Podrá actualizar información después de enviar su solicitud, hasta la medianoche del último día del plazo para solicitar. Deberá modificar cada sección y el detalle de información.

- Para modificar información en *Common Details* (detalles generales), haga clic en **Modify Common Details** (modificar detalles generales).

- Para modificar información en *Application Details* (detalles de la solicitud), específicamente el número de niños inscritos durante el período de financiamiento, haga clic en **Modify Application Details** (modificar detalles de la solicitud). Recuerde, cualquier cambio en la cantidad de niños afectará la cantidad de niños que debe ingresar en el módulo *Add Children* (agregar niños).

**COVID-19 Payments – Application Details**

**Common Details**

|                                                                                                                            |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Grantee First Name                                                                                                         | Test           |
| Grantee Middle Initial                                                                                                     |                |
| Grantee Last Name                                                                                                          | Test           |
| Grantee Email                                                                                                              | test@gmail.com |
| Grantee Phone                                                                                                              | (545) 646-5465 |
| Funding Period Begin Date                                                                                                  | 03/12/2020     |
| Funding Period End Date                                                                                                    | 04/11/2020     |
| Was your facility open on 04/11/2020?                                                                                      | No             |
| Date your facility opened if after 03/12/2020?                                                                             |                |
| Did your facility serve any children with disabilities?                                                                    | No             |
| Did your facility serve any children who speak languages other than English?                                               | No             |
| Did your facility serve any children who are experiencing homelessness?                                                    | No             |
| Did your facility serve any children from tribal communities?                                                              | No             |
| Did your facility serve any children living in rural areas?                                                                | No             |
| Did you receive any funds for COVID-19 other than from DCF or WI Shares (e.g., SBA grant, Dane County CARES funding, etc)? | No             |

**Modify Common Details**

**Payment Program Details for Providing Funding To Care For Essential Workforce Families**

|                                                                                                               |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Payment Program                                                                                               | Providing Funding To Care For Essential Workforce Families |
| Grant Application ID                                                                                          | E000000057                                                 |
| Number of Children Enrolled                                                                                   | 1                                                          |
| Capacity during COVID-19 emergency                                                                            | 50                                                         |
| If you receive a payment, what percentage of the funds do you plan on paying for staff compensation?          | 50%-74%                                                    |
| If you receive a payment, do you plan on using any of these funds to reimburse families of essential workers? | Yes                                                        |
| Grant Status                                                                                                  | Submitted<br>(view Terms and Conditions)                   |

**Modify Application Details**

**Temporary Closure** **Operational Hours** **Staff** **Children**

**Payment Program Summary**

Puede usar los botones **Temporary Closure** (cierre temporal), **Operational Hours** (horas de funcionamiento), **Staff** (personal) y **Children** (menores) para actualizar esas secciones de la solicitud. Consulte las instrucciones específicas para cada sección indicadas anteriormente.



CÓMO SOLICITAR EL PROGRAMA DE PAGOS N.º 2

# Pago de incentivos

# Comenzar su solicitud

Child Care Provider Portal  
Welcome, Chocolate

Chocolate Cakes Daycare  
2434 E. Canyon Dr  
Barron, WI 53014-4344

Logout  
320000002-001  
Facility ID 1123204  
FIS Provider ID N/A

### COVID-19 Grant Summary

Apply for grants and view details of grants already started or completed.

| Grant Period        | When Can I Apply? | Grant                                                      | Status      |                         |
|---------------------|-------------------|------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|
| March 12 - April 11 | April 19 - May 02 | Providing Funding To Care For Essential Workforce Families | Incomplete  | <a href="#">Details</a> |
| March 12 - April 11 | April 19 - May 02 | Hazard Pay                                                 | Not Applied | <a href="#">Apply</a>   |

## 1. Inicie la solicitud

Para solicitar un programa específico, seleccione el botón **Apply** (solicitar) en la página *Summary* (resumen).

### COVID-19 Payments

Please read all the below details before proceeding with application

#### COVID-19 Payments Information

##### What is Program #2 Incentive Pay?

The *Incentive Pay* payment program is intended to support the costs for providing incentive pay for child care providers and individual educators. Details about the purpose, conditions, and determination of the payment can be viewed on [payment information page](#).

##### When Can I Apply?

You may apply for this payment anytime from 05/03/2020 through 05/15/2020. You may make changes to your application until the last day. After that, your information will be locked so that the determination and payment process may proceed.

##### What information do I need to complete this application?

The following information will be collected:

- Facility details (contact information, summary information about your staff and children)
- Enrolled children information
- Temporary closures due to COVID-19
- Hours of operation during COVID-19 emergency
- Staff information

##### What happens after I submit my application?

After 05/15/2020, DCF will evaluate and determine payments. You will be notified by email when the review process has been completed. Payments will be made through either direct deposit or check. To receive your money the fastest, register with FIS, if you haven't done so already. FIS registration may take up to 10 business days, and must be finalized before the end of the review period in order to receive your payment through direct deposit. If you prefer to receive a check, you will receive additional instructions with your payment determination notice. Please note that receiving a check will take longer than direct deposit through FIS.

[Continue](#)

## 2. Revise la información del programa de pagos

Después de seleccionar un programa de pago, verá una pantalla informativa que detalla lo siguiente:

- Resumen del programa de pago seleccionado
- Cuándo puede solicitar el proveedor
- Qué información se recopilará en el proceso de solicitud
- Qué sucede después de presentar la solicitud

## 3. Continúe

Haga clic en **Continue** (continuar) para ir a la página *Payment Application Details* (detalles de la solicitud del programa de pagos).

# Agregar detalles de su programa en la solicitud

**COVID-19 Payments – Add Application Details**  
Add common and payment program details for Providing Funding To Care For Essential Workforce Families

**Grantee Details**

Funding Period Begin Date 03/12/2020  
Funding Period End Date 04/11/2020

Grantee First Name \* Test  
Grantee Middle Initial  
Grantee Last Name \* Test  
Grantee Email \* Test@Gmail.Com  
Grantee Phone \* (545) 454-5454

**Tell us if your program opened or closed due to COVID-19**

Was your facility open on 04/11/2020? \* ☒ Yes ☐ No  
Date your facility opened if after 03/12/2020?

**Tell us about the children at your facility**

Did your facility serve any children with disabilities? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children who speak languages other than English? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children who are experiencing homelessness? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children from tribal communities? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children living in rural areas? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children with disabilities? \* ☒ Yes ☐ No  
Did your facility serve any child who has an Individualized Family Service Plan (IFSP) or Individualized Education Program (IEP) and receives special education services and/or supports?

## 4. Agregue detalles del beneficiario del programa

Las fechas de inicio y término del período de financiamiento se muestran aquí. Estas fechas diferirán para cada uno de los tres períodos de financiamiento que puede solicitar.

Todas las preguntas de esta pantalla se refieren a las fechas específicas del período de financiamiento.

## 5. Informe las aperturas/cierres de su programa

Was your facility open on X/XX/2020? (¿Su programa estaba operativo el X/XX/2020?) — Esta pregunta busca conocer si su programa estuvo **OPEN** (ABIERTO) hasta el último día del período de financiamiento.

Date your facility opened if after X/XX/2020? (¿En qué fecha abrió su programa después del X/XX/2020?) — Esta pregunta busca conocer si su programa estaba **CLOSED** (CERRADO) al inicio del período de financiamiento y cuándo volvió a abrir.

## 6. Información sobre los niños que atiende su programa

En esta sección, puede hacer clic en el ⓘ icono para obtener mayor información sobre la pregunta.

## Agregar detalles de su programa en la solicitud — Continuación

### 7. Otras fuentes de financiamiento

En la sección *Other COVID-19 Funding* (Otras fuentes de financiamiento en respuesta al COVID-19) debe informar la cantidad total de otros fondos recibidos en el campo “amount of funds received” (cantidad de fondos recibidos) y luego use el cuadro de comentarios para indicar la cantidad de cada fuente.

| Other COVID-19 funding from Sources Other than DCF or WI Shares                                                              |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Did you receive any funds for COVID-19 other than from DCF or WI Shares (e.g., SBA grant, Dane County CARES funding, etc)? * | <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| If yes, amount of funds received                                                                                             | <input type="text" value="4,500.00"/>                         |
| If yes, describe the funding source                                                                                          | <div>\$2200 - SBA grant<br/>\$2300 - Dane County Grant</div>  |

### 8. Detalles del Programa de pagos

Ingresa el número de niños inscritos en su programa durante el período de financiamiento. Este número debe reflejar todos los niños inscritos, independiente de si asistieron o no durante todo el período de financiamiento. Más adelante se le harán preguntas específicas sobre cada niño inscrito durante este periodo.

| Payment Program Details for <i>Incentive Pay</i>                                                       |                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Payment Program                                                                                        | Incentive Pay                                                                                                                                                       |
| Number of Children Enrolled *                                                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                |
| If you receive a payment, what percentage of the funds do you plan on paying for staff compensation? * | <div><input type="radio"/> 1%-24%</div> <div><input type="radio"/> 25%-49%</div> <div><input type="radio"/> 50%-74%</div> <div><input type="radio"/> 75%-100%</div> |
| Comments                                                                                               | <div></div>                                                                                                                                                         |
| <div>Add</div>                                                                                         |                                                                                                                                                                     |

### 9. Agregar

Una vez que haya completado la información de su programa, seleccione **Add** (agregar) para guardar la información y verificar cualquier cierre de las instalaciones.

# Actualizar o verificar cierres temporales del programa

## 10. Cierres temporales

Se le pedirá que verifique cualquier cierre temporal durante el período de financiamiento. Si los cierres ya estaban ingresados en el Portal para proveedores, se mostrará esa información aquí. Si necesita agregar un período de cierre temporal, seleccione el botón **Add Temporary Closure** (agregar cierre temporal) y será dirigido a la sección **Closure Schedule** (calendario de cierres) que se muestra a continuación.

**COVID-19 Payments - Temporary Closure**

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Test, Test

**Verify Temporary Closure**

| From        | To | Closure Reason | Comments |
|-------------|----|----------------|----------|
| No closures |    |                |          |

The closure periods should reflect any periods of time your facility was closed during the grant period (3/12/2020 - 4/11/2020). You must verify the closure periods above by checking the box below and selecting Verify. If you need to add a new closure period, select the 'Add' button

☐ The closures listed above are accurate and complete for the period of 3/12/2020 to 4/11/2020. If you were not closed during the grant period, check the box to verify that there were no closure periods during the grant period.

**Add Temporary Closure**

**Verify**

**COVID-19 Payments - Add Closure Schedule**

Due to the COVID-19 health emergency, please help DCF understand when you are closed and open. If you are closing, please enter your closure period here and also contact your licensor or certifier.

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Test, Test

**Verify Temporary Closure**

From Date 3/13/2020  
To Date 3/23/2020  
COVID - 19 Closure Reason COVID-19 Lack of families  
Comments Not enough kids

**Add**

**Temporary Closure**

Después de incluir todos los cierres temporales, haga clic en la casilla de verificación para indicar que ha registrado y verificado con precisión los cierres temporales de su programa.



Si no tuvo ningún cierre temporal durante el período de financiamiento, marque la casilla de verificación y seleccione **Verify** (verificar) para continuar con la solicitud.

☒ The closures listed above are accurate and complete for the period of 3/12/2020 to 4/11/2020. If you were not closed during the grant period, check the box to verify that there were no closure periods during the grant period.

**Verify**

# Actualizar o verificar las horas de funcionamiento

COVID-19 Payments - Operational Hours

Add Operational Hours

Common Details

Funding Period

03/12/2020 - 04/11/2020

Grantee Name

Test, Test

[More](#)

Operational Hours

Specify your Operating Hours during  
3/12/2020 - 4/11/2020

Enter open times for each day you are open  
(e.g., 7 am - 6 pm)

☐ Sunday

☒ Monday

6:00 AM - 6:00 PM

☒ Tuesday

6:00 AM - 6:00 PM

☒ Wednesday

6:00 AM - 6:00 PM

☒ Thursday

6:00 AM - 6:00 PM

☒ Friday

6:00 AM - 6:00 PM

☐ Saturday

Open some hours between 6 am and 6 pm ? \*

☐ Yes ☐ No

Open some hours before 6 am or after 6 pm ? \*

☐ Yes ☐ No

Comments

Add

◀

Operational Hours Details

## 11. Horas de funcionamiento

En la siguiente sección, informe las horas de funcionamiento de su programa durante el período de financiamiento. Las horas de funcionamiento se completarán automáticamente en base a su licencia o certificación. Si realizó algún cambio en sus horas de funcionamiento para ampliar el horario de atención durante el período de financiamiento, deberá actualizar la información para todos los días que difieran del horario regular de su licencia o certificación. Seleccione el botón **Add** (agregar) para guardar su información y continuar a la sección **Individuals** (personas), donde informará el personal del programa durante la Emergencia por COVID-19.



# Añadir personal al programa

## 12. Revisar el personal asociado al programa

Se le pedirá que verifique a *cada* miembro del personal que trabajó en su programa durante el período de financiamiento. En esta página se mostrarán todas las personas añadidas a su programa.



Si no ve a un miembro del personal que trabajó durante el período de financiamiento, debe agregarlo en la sección *Individual Module* (módulo de personas) si desea que se le considere para el financiamiento. Sólo podrá añadir personal que tenga a lo menos cursada la solicitud de verificación de antecedentes en el sistema. Consulte el **Appendix I** (apéndice I) para obtener información sobre cómo agregar a una persona.

### Individuals

Select Staff to Attach to COVID-19 Payments Request

If a staff member is not listed below, access the Individuals link in the right-side sandwich menu to add the staff member onto your Individual list.

**Common Details**

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| Funding Period | 03/12/2020 - 04/11/2020 |
| Grantee Name   | Provider, Test          |

[More](#)

| Individuals      |                      |                   |          |
|------------------|----------------------|-------------------|----------|
| Name             | Role(s)              | Employment Period |          |
| Emma E Edge      | Teacher - Substitute | 08/01/19          | Select ▶ |
| Jimmy J Janitor  | Driver               | 07/23/18          | Select ▶ |
| Marcia January   | Employee             | 06/11/18          | Select ▶ |
| Mimi Michigan    | Administrator        | 02/08/18          | Select ▶ |
| Oskar Oos        | Director             | 02/01/18          | Select ▶ |
| Think Outofstate | Administrator        |                   | Select ▶ |
| Peter Provider   | Household Member     | 01/01/18          | Select ▶ |
| Sonja S Summer   | Applicant/Licensee   |                   | Select ▶ |

◀ Staff List

Si es un proveedor familiar y es el único empleado en su programa, solo tendrá que agregar su información.

# Agregar un miembro al personal

## 13. Agregar personal para ser considerado en el financiamiento

Para agregar un miembro al personal para que sea considerado en el financiamiento, use el botón **Select** (seleccionar) para completar información de la persona.

Haga clic en el  icono para obtener mayor información sobre la pregunta.

| Individuals   |                      |                   |          |
|---------------|----------------------|-------------------|----------|
| Name          | Role(s)              | Employment Period |          |
| Yankee Doodle | Director             | 12/01/19          | Select ▶ |
| Emma E Edge   | Teacher - Substitute | 08/01/19          | Select ▶ |

**COVID-19 Payments - Staff**  
Add Staff

**Common Details**  
Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

**Individual**  
Name Emma E Edge  
Employment Period 8/1/2019

**Staff Details**  
Care Type \* ☒ Full Time ☐ Part Time  
Was the individual on payroll during the grant period? \* ☒ Yes ☐ No  
Expected to be on Payroll after COVID-19 Emergency? \* ☒ Yes ☐ No  
Total Hours Worked \* 120   
Comments  

Add Staff

◀ Staff List

Haga clic en el botón **Add Staff** (agregar personal) para guardar la información de la persona. Será dirigido a la página *Staff Summary* (resumen del personal) para revisar las personas añadidas a la solicitud.

Para agregar más personal desde la sección **Staff Summary** (resumen del personal), haga clic en el botón **Add Staff** (agregar personal) para volver a la lista de *Individuals* (personas) y seleccionar otro empleado.

**COVID-19 Payments - Staff**  
Staff Attached to COVID-19 Payments Request

**Common Details**  
Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

**Staff**  

| Name          | Care Type | Current Payroll | Future Payroll | Total Hours Worked |           |
|---------------|-----------|-----------------|----------------|--------------------|-----------|
| Yankee Doodle | Full-Time | Yes             | Yes            | 150                | Details ▶ |
| Emma E Edge   | Full-Time | Yes             | Yes            | 120                | Details ▶ |

Add Staff ▶

Child List ▶

◀ Application Details

Una vez que haya terminado de agregar a todas las personas a la aplicación, seleccione el botón **Add Child** (agregar menor) para continuar con la solicitud.

# Finalizar su solicitud

## 14. Revise el envío de su solicitud

Haga clic en **Submit Application** (enviar solicitud) para finalizar su solicitud.

**COVID-19 Payments – Child List**

**Common Details**

Funding Period03/12/2020 - 04/11/2020

Grantee NameTest, Test

[More](#)

| Name      | Date of Birth | Care Type      |                         |
|-----------|---------------|----------------|-------------------------|
| Test Baby | 1/1/2018      | Full-Time Care | <a href="#">Details</a> |

[Add Child](#)

[Submit Application](#)

[Application details](#)

Será dirigido a la página *Submit Application* (enviar solicitud). En la parte superior de la página se comparará la información que ingresó en la sección *Grant Details* (detalles de la subvención) con la información que ingresó para cada niño. El texto en rojo indica que hay información que no coincide entre la página *Grant Details* (detalles de la subvención) y los detalles de cada niño. La información inconsistente o incorrecta retrasará, y posiblemente no permitirá que su solicitud sea procesada. Es imprescindible que arregle la información indicada en color rojo. Si tiene problemas para arreglar/modificar su solicitud, envíe un correo electrónico o llame para solicitar asistencia.

**Grant Details for Incentive Pay**

[More](#)

|                                                                         |               |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|
| Grant Type                                                              | Incentive Pay |                                                             |
| Grant Application ID                                                    | H000000050    |                                                             |
| Number of Children Enrolled                                             | 1             |                                                             |
| Did your facility serve any children with disabilities?                 | No            | One or more children with disabilities were entered         |
| Did your facility serve any children who are experiencing homelessness? | No            | One or more children experiencing homelessness were entered |
| Did your facility serve any children living in rural areas?             | No            | One or more children from rural areas were entered          |
| Grant Status                                                            | Incomplete    |                                                             |
| Grant Status Comment                                                    | <div></div>   |                                                             |

# Finalizar su solicitud

## 15. Revise los Términos y condiciones

Después de revisar su información, lea los **Términos y condiciones** relacionados con la solicitud del programa de pagos.



Tenga en cuenta que recomendamos encarecidamente imprimir y/o guardar en un lugar seguro los **Términos y condiciones** y todos los respaldos de gastos relacionados al financiamiento.

### Terms and Conditions

- I certify that all information provided in this application is true and correct to the best of my knowledge.
- I understand that the Department of Children and Families may monitor and review my use of program funds.

If I receive funding for Program 2 – Incentive Pay I agree to the following:

- I have prioritized and provided care for essential workforce families related to the State of Emergency.
- I was open and providing care for essential workforce families during the period in which I am applying.
- I will follow the health and safety guidelines for child care providers as outlined by DCF.
- I will use the funds to increase pay during the State of Emergency for current employees, myself as an individual educator, or myself as a family provider.
- I will keep all original, supporting documentation related to how this funding was spent, including but not limited to:
  - Employee payroll registers or other payroll system substantiation of pay rate increase
  - Communications/notification to employees of wage increase or personnel policy explaining wage increase
  - Documentation of how I determined the amount of the wage increase I paid to for all employees
- I understand that DCF reserves the right to request documentation of use of this funding for review or audit purposes up to three (3) years after I receive the funds.
- I understand that DCF may require repayment of funds disbursed if terms and conditions are not met.

☐ I accept the Terms and Conditions above.

Submit

  Application Details

## 16. Envíe su solicitud

Una vez que haya leído los **Términos y condiciones**, haga clic en la casilla de verificación “I accept the Terms and Conditions above” (Acepto los Términos y condiciones indicados anteriormente) y haga clic en **Submit** (enviar) para enviar su solicitud.

### Grant Details for *Incentive Pay*

|                             |                                          |
|-----------------------------|------------------------------------------|
| Grant Type                  | Incentive Pay                            |
| Grant Application ID        | H000000050                               |
| Number of Children Enrolled | 1                                        |
| Grant Status                | Submitted<br>(view Terms and Conditions) |

Modify Grant Application Details



# Modificaciones después del envío

**COVID-19 Payments – Application Details**

**Common Details**

|                                                                                                                            |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Grantee First Name                                                                                                         | Test           |
| Grantee Middle Initial                                                                                                     |                |
| Grantee Last Name                                                                                                          | Test           |
| Grantee Email                                                                                                              | test@gmail.com |
| Grantee Phone                                                                                                              | (545) 646-5465 |
| Funding Period Begin Date                                                                                                  | 03/12/2020     |
| Funding Period End Date                                                                                                    | 04/11/2020     |
| Was your facility open on 04/11/2020?                                                                                      | No             |
| Date your facility opened if after 03/12/2020?                                                                             |                |
| Did your facility serve any children with disabilities?                                                                    | No             |
| Did your facility serve any children who speak languages other than English?                                               | No             |
| Did your facility serve any children who are experiencing homelessness?                                                    | No             |
| Did your facility serve any children from tribal communities?                                                              | No             |
| Did your facility serve any children living in rural areas?                                                                | No             |
| Did you receive any funds for COVID-19 other than from DCF or WI Shares (e.g., SBA grant, Dane County CARES funding, etc)? | No             |

**Modify Common Details**

**Payment Program Details for Incentive Pay**

|                                                                                                      |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Payment Program                                                                                      | Incentive Pay                            |
| Grant Application ID                                                                                 | H000000058                               |
| Number of Children Enrolled                                                                          | 1                                        |
| If you receive a payment, what percentage of the funds do you plan on paying for staff compensation? | 25%-49%                                  |
| Grant Status                                                                                         | Submitted<br>(view Terms and Conditions) |

**Modify Application Details**

**Temporary Closure** **Operational Hours** **Staff** **Children**

**Payment Program Summary**

Puede usar los botones **Temporary Closure** (cierre temporal), **Operational Hours** (horas de funcionamiento), **Staff** (personal) y **Children** (menores) para actualizar esas secciones de la solicitud. Consulte las instrucciones específicas para cada sección indicadas anteriormente.

## 17. Actualice información después del envío

Podrá actualizar información después de enviar su solicitud, hasta la medianoche del último día del plazo para solicitar. Deberá modificar cada sección y el detalle de información.

Para modificar información en *Common Details* (detalles generales), haga clic en **Modify Common Details** (modificar detalles generales).

Para modificar información en *Application Details* (detalles de la solicitud), específicamente el número de niños inscritos durante el período de financiamiento, haga clic en **Modify Application Details** (modificar detalles de la solicitud).

Recuerde, cualquier cambio en la cantidad de niños afectará la cantidad de niños que debe ingresar a *Add Children Module* (módulo para agregar niños).



CÓMO SOLICITAR EL PROGRAMA DE PAGOS N.º 3

# Ayuda para programas de cuidado infantil temporalmente cerrados

# Comenzar su solicitud

1

## 1. Inicie la solicitud

Para solicitar un programa específico, seleccione el botón **Apply** (solicitar) en la página *Summary* (resumen).

2

## 2. Revise la información del programa de pagos

Después de seleccionar un programa de pago, verá una pantalla informativa que detalla lo siguiente:

- Resumen del programa de pago seleccionado
- Cuándo puede solicitar el proveedor
- Qué información se recopilará en el proceso de solicitud
- Qué sucede después de presentar la solicitud

## 3. Continúe

Haga clic en **Continue** (continuar) para ir a la página *Payment Applications* (solicitudes de programas de pagos).

# Agregar detalles de su programa en la solicitud

**COVID-19 Payments – Add Application Details**  
Add common and payment program details for Providing Funding To Care For Essential Workforce Families

**Grantee Details**

Funding Period Begin Date 03/12/2020  
Funding Period End Date 04/11/2020

Grantee First Name \* Test  
Grantee Middle Initial  
Grantee Last Name \* Test  
Grantee Email \* Test@Gmail.Com  
Grantee Phone \* (545) 454-5454

**Tell us if your program opened or closed due to COVID-19**

Was your facility open on 04/11/2020? \* ☒ Yes ☐ No  
Date your facility opened if after 03/12/2020?

**Tell us about the children at your facility**

Did your facility serve any children with disabilities? \* ☐ Yes ☒ No ⓘ  
Did your facility serve any children who speak languages other than English? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children who are experiencing homelessness? \* ☐ Yes ☒ No ⓘ  
Did your facility serve any children from tribal communities? \* ☐ Yes ☒ No  
Did your facility serve any children living in rural areas? \* ☐ Yes ☒ No ⓘ

Did your facility serve any children with disabilities? \* ☒ Yes ☐ No ⓘ  
Did your facility serve any child who has an Individualized Family Service Plan (IFSP) or Individualized Education Program (IEP) and receives special education services and/or supports?

## 4. Agregue detalles del beneficiario del programa

Las fechas de inicio y término del período de financiamiento se muestran aquí. Estas fechas diferirán para cada uno de los tres períodos de financiamiento que puede solicitar.

Todas las preguntas de esta pantalla se refieren a las fechas específicas del período de financiamiento.

## 5. Informe las aperturas/cierres de su programa

Was your facility open on X/XX/2020? (¿Su programa estaba operativo el X/XX/2020?) — Esta pregunta busca conocer si su programa estuvo **OPEN** (ABIERTO) hasta el último día del período de financiamiento.

Date your facility opened if after X/XX/2020? (¿En qué fecha abrió su programa después del X/XX/2020?) — Esta pregunta busca conocer si su programa estaba **CLOSED** (CERRADO) al inicio del período de financiamiento y cuándo volvió a abrir.

## 6. Información sobre los niños que atiende su programa

En esta sección, puede hacer clic en el ⓘ icono para obtener mayor información sobre la pregunta.



## Agregar detalles de su programa en la solicitud - Continuación

### 7. Otras fuentes de financiamiento

En la sección *Other COVID-19 Funding* (Otras fuentes de financiamiento en respuesta al COVID-19) debe informar la cantidad total de otros fondos recibidos en el campo “amount of funds received” (cantidad de fondos recibidos) y luego use el cuadro de comentarios para indicar la cantidad de cada fuente.

| Other COVID-19 funding from Sources Other than DCF or WI Shares                                                              |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Did you receive any funds for COVID-19 other than from DCF or WI Shares (e.g., SBA grant, Dane County CARES funding, etc)? * | <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| If yes, amount of funds received                                                                                             | <input type="text" value="4,500.00"/>                         |
| If yes, describe the funding source                                                                                          | <div>\$2200 - SBA grant<br/>\$2300 - Dane County Grant</div>  |

### 8. Detalles del Programa de pagos

Ingresa el número de niños inscritos en su programa durante el período de financiamiento. Este número debe reflejar *todos* los niños inscritos, independiente de si asistieron o no durante todo el período de financiamiento. Más adelante se le harán preguntas específicas sobre cada niño inscrito durante este periodo.

| Payment Program Details for <i>Incentive Pay</i>                                                       |                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Payment Program                                                                                        | Incentive Pay                                                                                                                                                       |
| Number of Children Enrolled *                                                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                |
| If you receive a payment, what percentage of the funds do you plan on paying for staff compensation? * | <div><input type="radio"/> 1%-24%</div> <div><input type="radio"/> 25%-49%</div> <div><input type="radio"/> 50%-74%</div> <div><input type="radio"/> 75%-100%</div> |
| Comments                                                                                               | <div></div>                                                                                                                                                         |
| <div>Add</div>                                                                                         |                                                                                                                                                                     |

### 9. Agregar

Una vez que haya completado la información de su programa, seleccione **Add** (agregar) para guardar la información y verificar cualquier cierre de las instalaciones.

# Actualizar o verificar cierres temporales del programa

## 10. Cierres temporales

Se le pedirá que verifique cualquier cierre temporal durante el período de financiamiento. Si los cierres ya estaban ingresados en el Portal para proveedores, se mostrará esa información aquí. Si necesita agregar un período de cierre temporal, seleccione el botón **Add Temporary Closure** (agregar cierre temporal) y será dirigido a la sección **Closure Schedule** (calendario de cierres) que se muestra a continuación.

**COVID-19 Payments - Temporary Closure**

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Test, Test

**Verify Temporary Closure**

| From        | To | Closure Reason | Comments |
|-------------|----|----------------|----------|
| No closures |    |                |          |

The closure periods should reflect any periods of time your facility was closed during the grant period (3/12/2020 - 4/11/2020). You must verify the closure periods above by checking the box below and selecting Verify. If you need to add a new closure period, select the 'Add' button

☐ The closures listed above are accurate and complete for the period of 3/12/2020 to 4/11/2020. If you were not closed during the grant period, check the box to verify that there were no closure periods during the grant period.

**Add Temporary Closure**

**Verify**

**COVID-19 Payments - Add Closure Schedule**

Due to the COVID-19 health emergency, please help DCF understand when you are closed and open. If you are closing, please enter your closure period here and also contact your licensor or certifier.

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Test, Test

**Verify Temporary Closure**

From Date 3/13/2020  
To Date 3/23/2020  
COVID - 19 Closure Reason COVID-19 Lack of families  
Comments Not enough kids

**Add**

**Temporary Closure**

Después de incluir todos los cierres temporales, haga clic en la casilla de verificación para indicar que ha registrado y verificado con precisión los cierres temporales de su programa.



Si no tuvo ningún cierre temporal durante el período de financiamiento, marque la casilla de verificación y seleccione **Verify (verificar)** para continuar con la solicitud.

☒ The closures listed above are accurate and complete for the period of 3/12/2020 to 4/11/2020. If you were not closed during the grant period, check the box to verify that there were no closure periods during the grant period.

**Verify**

# Actualizar o verificar las horas de funcionamiento

COVID-19 Payments - Operational Hours

Add Operational Hours

Common Details

Funding Period

03/12/2020 - 04/11/2020

Grantee Name

Test, Test

[More](#)

Operational Hours

Specify your Operating Hours during  
3/12/2020 - 4/11/2020

Enter open times for each day you are open  
(e.g., 7 am - 6 pm)

☐ Sunday

☒ Monday

6:00 AM - 6:00 PM

☒ Tuesday

6:00 AM - 6:00 PM

☒ Wednesday

6:00 AM - 6:00 PM

☒ Thursday

6:00 AM - 6:00 PM

☒ Friday

6:00 AM - 6:00 PM

☐ Saturday

Open some hours between 6 am and 6 pm ? \*

☐ Yes ☐ No

Open some hours before 6 am or after 6 pm ? \*

☐ Yes ☐ No

Comments

Add

◀

Operational Hours Details

## 11. Horas de funcionamiento

En la siguiente sección, informe las horas de funcionamiento de su programa durante el período de financiamiento. Las horas de funcionamiento se completarán automáticamente en base a su licencia o certificación. Si realizó algún cambio en sus horas de funcionamiento para ampliar el horario de atención durante el período de financiamiento, deberá actualizar la información para todos los días que difieran del horario regular de su licencia o certificación. Seleccione el botón **Add** (agregar) para guardar su información y continuar a la sección **Individuals** (personas), donde informará el personal del programa durante la Emergencia por COVID-19.

# Añadir personal al programa

## 12. Revisar el personal asociado al programa

Se le pedirá que verifique a cada miembro del personal que trabajó en su programa durante el período de financiamiento. En esta página se mostrarán todas las personas añadidas a su programa.



Si no ve a un miembro del personal que trabajó durante el período de financiamiento, debe agregarlo en la sección *Individual Module* (módulo de personas) si desea que se le considere para el financiamiento. Sólo podrá añadir personal que tenga a lo menos cursada la solicitud de verificación de antecedente en el sistema. Consulte el **Appendix I** (apéndice I) para obtener información sobre cómo agregar a una persona.

### Individuals

Select Staff to Attach to COVID-19 Payments Request

If a staff member is not listed below, access the Individuals link in the right-side sandwich menu to add the staff member onto your Individual list.

**Common Details**  
Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

**Individuals**

| Name             | Role(s)              | Employment Period |          |
|------------------|----------------------|-------------------|----------|
| Emma E Edge      | Teacher - Substitute | 08/01/19          | Select ▶ |
| Jimmy J Janitor  | Driver               | 07/23/18          | Select ▶ |
| Marcia January   | Employee             | 06/11/18          | Select ▶ |
| Mimi Michigan    | Administrator        | 02/08/18          | Select ▶ |
| Oskar Oos        | Director             | 02/01/18          | Select ▶ |
| Think Outofstate | Administrator        |                   | Select ▶ |
| Peter Provider   | Household Member     | 01/01/18          | Select ▶ |
| Sonja S Summer   | Applicant/Licensee   |                   | Select ▶ |

◀ Staff List ▶

Si es un proveedor familiar y es el único empleado en su programa, solo tendrá que agregar su información.

# Agregar un miembro al personal

## 13. Agregar personal para ser considerado en el financiamiento

Para agregar un miembro al personal para que sea considerado en el financiamiento, use el botón **Select** (seleccionar) para completar información de la persona.

Haga clic en el  icono para obtener mayor información sobre la pregunta.

| Individuals   |                      |                   |          |
|---------------|----------------------|-------------------|----------|
| Name          | Role(s)              | Employment Period |          |
| Yankee Doodle | Director             | 12/01/19          | Select ▶ |
| Emma E Edge   | Teacher - Substitute | 08/01/19          | Select ▶ |

**COVID-19 Payments - Staff**  
Add Staff

**Common Details**  
Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

**Individual**  
Name Emma E Edge  
Employment Period 8/1/2019

**Staff Details**  
Care Type? ☒ Full Time ☐ Part Time  
Was the individual on payroll during the grant period? ☒ Yes ☐ No  
Expected to be on Payroll after COVID-19 Emergency? ☒ Yes ☐ No  
Total Hours Worked  ⓘ  
Comments  
**Add Staff**  
◀ **Staff List**

Haga clic en el botón **Add Staff** (agregar personal) para guardar la información de la persona. Será dirigido a la página *Staff Summary* (resumen del personal) para revisar las personas añadidas a la solicitud.

Para agregar más personal desde la sección **Staff Summary** (resumen del personal), haga clic en el botón **Add Staff** (agregar personal) para volver a la lista de *Individuals* (personas) y seleccionar otro empleado.

**COVID-19 Payments - Staff**  
Staff Attached to COVID-19 Payments Request

**Common Details**  
Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

**Staff**  

| Name          | Care Type | Current Payroll | Future Payroll | Total Hours Worked |           |
|---------------|-----------|-----------------|----------------|--------------------|-----------|
| Yankee Doodle | Full-Time | Yes             | Yes            | 150                | Details ▶ |
| Emma E Edge   | Full-Time | Yes             | Yes            | 120                | Details ▶ |

**Add Staff** ▶  
**Child List** ▶  
◀ **Application Details**

# Agregar información de los menores

## 14. Agregue menores a la solicitud

Se le pedirá que agregue a cada niño inscrito en su programa durante el período de financiamiento.

**COVID-19 Payments – Add Child**

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test [More](#)

**Child Details**

First Name \*

Middle Initial

Last Name \*

Date of Birth \*

Parent's Work Type \*  
☐ Health Care  
☐ Other Essential Industries  
☐ Parent is not an Essential Worker

Care Type \* ☐ Full-time Care ☐ Part-time Care

Has disability? \* ☐ Yes ☐ No ⓘ

Speaks language other than English? \* ☐ Yes ☐ No

Experiencing homelessness? \* ☐ Yes ☐ No ⓘ

Living in tribal community? \* ☐ Yes ☐ No

Living in rural area? \* ☐ Yes ☐ No ⓘ

WI Shares recipient during grant period? \* ☐ Yes ☐ No

Comments

**Add**

Haga clic en el ⓘ icono para obtener mayor información sobre la pregunta.

**Other Essential Industries (otros rubros esenciales)** se refiere, entre otros, a los rubros: militar; centros de cuidado a largo plazo; instalaciones de cuidados residenciales; farmacias; guarderías; bienestar infantil; operaciones del gobierno; seguridad pública e infraestructura crítica como saneamiento, transporte, servicios públicos, telecomunicaciones; tiendas y servicios de comestibles y alimentos; operaciones de la cadena de suministro; y otros sectores según lo determine el departamento.

Haga clic en el botón **Add** (agregar) una vez que haya completado toda la información en la página.

# Agregar información de los menores

## 15. Agregue menores a la solicitud

Después de agregar un niño a la aplicación, será dirigido a la sección *Child List* (lista de niños) que le mostrará los niños agregados a su solicitud. Haga clic en el botón **Add Child** (agregar niño) para continuar agregando niños a su solicitud. Recuerde, la cantidad de niños que se muestra en esta lista debe coincidir con la cantidad de niños inscritos que indicó en la sección *Grant Details* (detalles de la subvención).

**COVID-19 Payments – Child List**

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

...More

| Name      | Date of Birth | Care Type      |           |
|-----------|---------------|----------------|-----------|
| Test Baby | 1/1/2010      | Full-Time Care | Details ▶ |

Add Child ▶

Submit Application ▶

◀ Application details

**COVID-19 Payments – Child Details**

**Common Details**

Funding Period 03/12/2020 - 04/11/2020  
Grantee Name Provider, Test

...More

**Child Details for COVID-19 Payments**

First Name Test  
Middle Initial  
Last Name Baby  
Date of Birth 1/1/2010

◀ Child List

More

Si necesita actualizar o revisar la información de un niño específico, haga clic en el botón **Details** (detalles) para acceder al registro de ese niño. Haga clic en el botón **...More** (...más) para acceder al botón **Modify Child** (modificar detalles del niño).

Si agregó un niño por error a la solicitud, puede eliminarlo marcando la casilla **Remove this child from the grant?** (¿Eliminar este niño de la subvención?)

Comments

Remove this child from the grant? ☐

Save

Haga clic en **Save** (guardar) en la página *Modify Child Details* (modificar detalles del niño) si ha cambiado alguna información y volverá a *Child List* (lista de niños). Puede continuar agregando niños según sea necesario, o bien, proceda a enviar su solicitud.

# Agregar detalles de reapertura/cierres

## 16. Agregue detalles de reapertura y/o cierres

Desde la página *Staff* (personal), haga clic en el botón **Add Reopen/Closure** (agregar reapertura/cierre) para informar sus planes de reapertura o informar su reapertura si su programa retomó sus operaciones.

**Add Reopen/Closure Details**

**Reopen/Closure**

What date do you plan to reopen your facility? \*

When you reopen, what do you expect your child enrollment count to be? \*

How many staff were on the payroll prior to the closure of the facility? \*

How many staff do you expect to be on the payroll when you reopen? \*

Is the facility paying staff during the closure? \* ☐ Yes ☐ No

Comments

☐ I plan to reopen within 30 days of receiving funding or within 30 days of the ending of Safer at Home order, whichever is later. If I am unable to open within 30 days as stated above, I will send an email to [dcfmbcovid19@wisconsin.gov](mailto:dcfmbcovid19@wisconsin.gov) for further instructions.

**Add**

Una vez que haya completado toda la información en esta sección, marque la casilla de verificación en la parte inferior de la página para confirmar que planea reabrir dentro de 30 días o comuníquese con el DCF para obtener instrucciones. **Si no selecciona esta casilla de verificación, no podrá enviar una solicitud.**

Una vez que haya completado y marcado la casilla de verificación, haga clic en **Add** (agregar) para enviar su solicitud.



# Finalizar su solicitud

## 17. Revise los Términos y condiciones

Después de revisar su información, lea los **Términos y condiciones** relacionados con la solicitud del programa de pagos.

**COVID-19 Payments - Submit Application**

| Common Details |                         |
|----------------|-------------------------|
| Funding Period | 03/12/2020 - 04/11/2020 |
| Grantee Name   | Test, Test              |

[More](#)

| Payment Program Details for Support For Closed Child Care Programs                                   |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Payment Program                                                                                      | Support For Closed Child Care Programs |
| Grant Application ID                                                                                 | S000000059                             |
| Expected Number of Children Enrolled When Reopened                                                   | 1                                      |
| If you receive a payment, what percentage of the funds do you plan on paying for staff compensation? | 1%-24%                                 |
| Grant Status                                                                                         | Incomplete                             |

### Terms and Conditions

- I certify that all information provided in this application is true and correct to the best of my knowledge.
- I understand that the Department of Children and Families may monitor and review my use of program funds.

I receive funding for Program 3 – Support For Closed Child Care Programs I agree to the following:

- My child care program was/is temporarily closed due to the COVID-19 pandemic during the time period in which I am applying.
- I plan to reopen within 30 days of receiving funding or within 30 days of the ending of Safer at Home order, whichever is later.
- If I am unable to open within 30 days as stated above, I will send an email to [dcfmbcovid19@wisconsin.gov](mailto:dcfmbcovid19@wisconsin.gov) for further instructions.
- I will use the funds to for the following purposes to ensure the program is able to reopen 30 days after receiving funding or within 30 days of the ending of Safer at Home order, whichever is later
  - Pay staff incentives and/or payroll in order to return to work
  - Supplement staff salaries for those who remained on payroll during temporary closure
  - Full or partial parent reimbursement for tuition paid during State of Emergency
  - Mortgage/rent
  - Utilities
  - Materials/supplies for cleaning and sanitation
- I will keep all original, supporting documentation related to how this funding was spent, including but not limited to:
  - Payroll registers and/or employee time sheets
  - Mortgage/rent statements
  - Utility statements
  - Original invoices and/or receipts for purchases of materials/supplies
  - Documentation to support employee wage increases
- I understand that DCF reserves the right to request documentation of use of this funding for review or audit purposes up to three (3) years after I receive the funds.
- I understand that DCF may require repayment of funds disbursed if terms and conditions are not met.

☐ I accept the Terms and Conditions above.

Submit

[Application Details](#)



Tenga en cuenta que recomendamos encarecidamente imprimir y/o guardar en un lugar seguro los **Términos y condiciones** y todos los respaldos de gastos relacionados al financiamiento.

## 18. Envíe su solicitud

Una vez que haya leído los **Términos y condiciones**, haga clic en la casilla de verificación “I accept the Terms and Conditions above” (Acepto los Términos y condiciones indicados anteriormente) y haga clic en **Submit** (enviar) para enviar su solicitud.

# Modificaciones después del envío

## 19. Actualice información después del envío

Podrá actualizar información después de enviar su solicitud, hasta la medianoche del último día del plazo para solicitar. Deberá modificar cada sección y el detalle de información.

Para modificar información en *Common Details* (detalles generales), haga clic en **Modify Common Details** (modificar detalles generales).

Para modificar información en *Application Details* (detalles de la solicitud), específicamente el número de niños inscritos durante el período de financiamiento, haga clic en **Modify Application Details** (modificar detalles de la solicitud).

### COVID-19 Payments – Application Details

**Common Details**

|                                                                                                                            |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Grantee First Name                                                                                                         | Test           |
| Grantee Middle Initial                                                                                                     |                |
| Grantee Last Name                                                                                                          | Test           |
| Grantee Email                                                                                                              | test@gmail.com |
| Grantee Phone                                                                                                              | (545) 646-5465 |
| Funding Period Begin Date                                                                                                  | 03/12/2020     |
| Funding Period End Date                                                                                                    | 04/11/2020     |
| Was your facility open on 04/11/2020?                                                                                      | No             |
| Date your facility opened if after 03/12/2020?                                                                             |                |
| Did your facility serve any children with disabilities?                                                                    | No             |
| Did your facility serve any children who speak languages other than English?                                               | No             |
| Did your facility serve any children who are experiencing homelessness?                                                    | No             |
| Did your facility serve any children from tribal communities?                                                              | No             |
| Did your facility serve any children living in rural areas?                                                                | No             |
| Did you receive any funds for COVID-19 other than from DCF or WI Shares (e.g., SBA grant, Dane County CARES funding, etc)? | No             |

Modify Common Details

**Payment Program Details for Support For Closed Child Care Programs**

|                                                                                                      |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Payment Program                                                                                      | Support For Closed Child Care Programs   |
| Grant Application ID                                                                                 | S000000059                               |
| Expected Number of Children Enrolled When Reopened                                                   | 1                                        |
| If you receive a payment, what percentage of the funds do you plan on paying for staff compensation? | 1%-24%                                   |
| Grant Status                                                                                         | Submitted<br>(view Terms and Conditions) |

Modify Application Details

Temporary Closure

Staff

Closure/Re-Open Details

Payment Program Summary

Puede usar los botones **Temporary Closure** (cierre temporal), **Staff** (personal), y **Closure/Reopen Details** (detalles de cierres/reapertura) para actualizar esas secciones de la solicitud. Consulte las instrucciones específicas para cada sección indicadas anteriormente.



# APÉNDICE

## APÉNDICE I

### Agregar personas al Portal para proveedores de cuidado infantil

El *Individuals Module* (módulo de personas) permite a los proveedores de cuidado infantil ingresar a los empleados actuales y futuros y a los miembros del hogar para fines de verificación de antecedentes.

Si no ve a un miembro del personal que trabajó durante el período de financiamiento, debe agregarlo en esta sección si desea que sea considerado para el financiamiento.

Sólo podrá añadir personal que tenga a lo menos cursada la solicitud de verificación de antecedentes en el sistema.

Siga el enlace a continuación para descargar la Guía del usuario del Portal para proveedores de cuidado infantil (CCPP, por sus siglas en inglés) más reciente.



<https://dcf.wisconsin.gov/files/publications/pdf/5221.pdf>