

CONTRATO DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR CERTIFICADO



¡Bienvenido! Me alegra que haya decidido inscribir a su hijo en mi cuidado infantil familiar. Si tiene alguna inquietud o desea verificar el estado de mi certificación, por favor, póngase en contacto con 4-C, mi agencia reguladora al (608) 271-9181. Como proveedor certificado, puedo cuidar hasta 3 niños no relacionados menores de 7 años. Seis niños máximos pueden estar bajo mí cuidado en cualquier momento. Junto con los materiales de inscripción, los padres recibirán una copia de la Lista de Verificación que resume las regulaciones de certificación.

El siguiente contrato debe ser llenado completamente **antes** de comenzar el cuidado. Después de leer este contrato y las políticas cuidadosamente, por favor, discuta preguntas o inquietudes conmigo **antes** de firmar. Usted recibirá una copia del contrato firmado.

(Nombre de cuidado infantil familiar certificado)

(Dirección de cuidado infantil familiar certificado)

Proveedor

Nombre del proveedor: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico del proveedor: _____

Cuido niños entre las edades de _____ semanas/meses/años (*indique uno*) y _____ semanas/meses/años (*indique uno*).

Mis horas de operación son: _____

Tenga en cuenta que aunque específico mis horas de operación, contrataremos horas específicas para su hijo y se le puede cobrar cargos adicionales si usted recoge o deja a su hijo fuera de nuestras horas contratadas.

Información de los padres /tutor legal:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Niños en el cuidado

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Procedimientos de inscripción

- No hay cuota de depósito.
- Hay un cuota de depósito de \$ _____.
 - Este depósito no es reembolsable.
 - Este depósito solo es reembolsable si la terminación ocurre durante el periodo de prueba.

Usted debe reunirse conmigo para discutir las necesidades específicas de su hijo/a y revisar las políticas del programa antes de comenzar el cuidado.

Todos los niños recibirán un periodo de prueba de _____ día(s)/semana(s) (*indique uno*) para determinar si mi cuidado infantil es el sitio correcto para su hijo. Durante este periodo de prueba padre o proveedor tiene derecho de terminar cuidado sin previo aviso. Usted será responsable de los pagos por los días en que su hijo estuvo presente durante el período de prueba.

Los siguientes formularios deben ser completados y devueltos a mí por ____/____/____ (antes de que comience el cuidado):

- Inscripción de niños e historia clínica
- Lista de verificación para los padres
- Autorización para administrar medicamentos (*según sea aplicable-incluye protector solar, repelente de insectos y crema de pañales*)
- Autorización para el transporte y permiso para ir de excursión (paseos en vehículos o a pie)
- Registro de inmunizaciones (*puede ser presentado dentro de 30 días después de la inscripción*)
- Reporte de salud o resumen impreso después de la visita (*reporte de salud debe ser firmado por un médico - puede ser presentado dentro de 90 días después de la inscripción*)
- Admisión para niño menor de 2 años. (*si es aplicable*)
- Contrato de cuidado infantil certificado
- Otro: _____

Tarifas y horas de cuidado necesarias

1^{er} Niño: _____

El proveedor elige y completa lo siguiente:

\$ _____ /por semana \$ _____ /por día \$ _____ /por hora

HORAS	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Llegada							
Salida							

2^o Niño: _____

El proveedor elige y completa lo siguiente:

\$ _____ /por semana \$ _____ /por día \$ _____ /por hora

HORAS	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Llegada							
Salida							

3^{er} Niño: _____

El proveedor elige y completa lo siguiente:

\$ _____ /por semana \$ _____ /por día \$ _____ /por hora

HORAS	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Llegada							
Salida							

Pagos debidos (proveedor elige uno)

- Mensual : _____
- Quincenal: _____
- Semanal: _____
- Diario: _____

Cargos adicionales /Pagos atrasados: (proveedor elige uno)

- Se le **cobrar**á cargos adicionales por dejar temprano o recoger tarde. Las tarifas son las siguientes:
 - \$ _____ / por minuto.
 - \$ _____ / por cada incremento de _____ minutos.
 - \$ _____ / por ½ hora.
- No se cobrar**á un cargo adicional por recoger tarde o dejar temprano.

Ausencias del niño y del proveedor

ENFERMEDAD

Si alguien en mi hogar está enfermo (incluyéndome a mí):

- Mi cuidado infantil estará cerrada.
 - Usted será responsable por los pagos regular.
 - Usted no será responsable de los pagos.
- Mi sustituto aprobado puede proveer cuidado en mi ausencia y *usted será responsable del pago regular.*

Si su hijo está enfermo:

- Usted será responsable de los pagos regular.
- Usted no será responsable de los pagos.

VACACIONES

Si me tomo unas vacaciones le daré _____ días/semanas/meses (indique uno) de aviso.

- Mi cuidado infantil estara cerrado.
 - Usted será responsable de los pagos regular.
 - Usted no será responsable de los pagos regular.
- Mi sustituto aprobado puede proveer cuidado en mi ausencia y *usted sera responsable del pago regular.*

Si usted toma unas vacaciones, necesitas darme _____ días/ semanas /meses (indique uno) de anticipación.

- Usted será responsable de los pagos regulares.
- Usted no será responsable de los pagos regulares.

Por favor, tenga en cuenta: Las familias que reciben asistencia del subsidio del condado para cuidado de niños son responsables de realizar los pagos según lo acordado. Cuando usa su tarjeta de My Wisconsin Child Care, los pagos se pueden hacer vía teléfono, en línea o usando una máquina FIS POS (*si está disponible*). Tenga en cuenta que una vez que el pago se hace, los fondos no pueden ser reembolsados. Usted será responsable de hacer otro pago si la “cuota de padre/parent share” es aplicable para el saldo adeudado.

Días Festivos

Mi cuidado infantil estará cerrado los siguientes días: (*proveedor selecciona los días festivos aplicables*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No Aplica | <input type="checkbox"/> Día de Martin Luther King, Jr. |
| <input type="checkbox"/> Día de los Caídos (Memorial Day) | <input type="checkbox"/> Día de Independencia (4 de julio) |
| <input type="checkbox"/> Día del Trabajo (Labor Day) | <input type="checkbox"/> Día de Acción de Gracias |
| <input type="checkbox"/> Navidad | <input type="checkbox"/> Día de Año Nuevo |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Cuotas de días festivos: (*proveedor seleccione todos los que apliquen*)

- Se **le cobrará** tarifas regulares por cualquier día festivo mi cuidado infantil estará abierta.
- Se **le cobrará** si mi cuidado infantil está cerrada en un día festivo.
- No se le cobrará** si mi cuidado infantil está cerrado durante los días festivos.

Seguro de Responsabilidad Civil (*proveedor elige uno*)

- Este cuidado infantil familiar está cubierta por un seguro de responsabilidad civil tanto para mis instalaciones como para las operaciones.
Nombre de la compañía de seguro es: _____
- Este cuidado infantil familiar **no está cubierta** por un seguro de responsabilidad civil.

Política de enfermedad

Debe notificarme de cualquier medicamento que se le haya administrado a su hijo en las últimas 24 horas. En caso de una emergencia médica, debo informar si el niño está tomando medicación y qué es ese medicamento.

Debe completar un *formulario de Autorización de Administración de Medicamentos* para todos medicamentos recetados y sin receta que necesitan ser administrado en el cuidado infantil.

Se le notificará si su hijo se enferma o se lesiona. Los niños enfermos serán separados de otros niños y hechos tan cómodos como sea posible. Se requerirá que los niños sean recogidos dentro de _____ minutos por usted u otra persona autorizada indicada en el formulario de inscripción.

Los niños que presentan los siguientes síntomas serán mandados a la casa o deben permanecer en casa por lo menos 24 horas: (*proveedor llena la información*)

- Fiebre de _____ grados Fahrenheit o más alto (_____ grados Fahrenheit o más alto para niños menores de 4 meses)
- Vómitos, diarrea o náuseas severas (dentro de un período de _____ horas)
- Otro: _____

Un niño que tiene o tenía una enfermedad contagiosa bajo HFS 145 no puede ser admitido a al cuidado infantil a menos que el padre del niño provea una declaración de un médico que la condición del niño ya no es contagiosa o el niño ha estado ausente por un período de tiempo igual al período más largo de incubación para la enfermedad según lo especificado por el Departamento de Servicios de Salud. Informaré todas las enfermedades contagiosas al oficial de salud pública local y a los padres de todos los niños inscritos. Ejemplos de enfermedades transmisibles incluyen pero no se limitan a:

- Varicela
- Paperas
- Sarampión alemán/rubeola
- Fiebre escarlatina
- Hepatitis infecciosa
- Meningitis
- Sarampión
- Virus H1N1 (gripe porcina)

Cuidado Sustituto *(proveedor llena esta parte)*

- No voy a usar un sustituto. Si no estoy proporcionando cuidado por alguna razón (enfermedad, vacaciones, etc.) Usted será requerido encontrar cuidado alternativo.
- Puedo usar un sustituto. Las siguientes personas han sido aprobadas por 4-C para proporcionar cuidado en mi cuidado infantil:

Sustituto #1: _____

Sustituto #2: _____

Orientación y Disciplina *(proveedor llena esta parte)*

Utilizaré las siguientes prácticas de disciplina positiva para guiar el comportamiento de un niño:

El uso del castigo corporal está estrictamente prohibido. Yo uso la orientación, redirección y establezco límites claros que ayudarán a cada niño a desarrollar autocontrol, autoestima y respeto por los derechos de los demás. Si se utiliza un tiempo de separación breve, no excederá 5 minutos. Toda orientación será apropiada para el desarrollo de la edad del niño.

Nutrición

Los niños no van sin alimento por más de 3 horas. Ofreceré las siguientes comidas y meriendas a todos los niños presentes:

- Desayuno
- Merienda AM
- Almuerzo
- Merienda PM
- Cena
- Merienda de noche
- Otro: _____
- Los padres proveerán la comida

Descanso

Se proporcionará descanso/tiempo de siesta para todos los niños menores de cinco años de edad que estén bajo cuidado por más de cuatro horas consecutivas. Los niños menores de un año de edad duermen en una cuna o corralito y se colocarán en sus espaldas para dormir a menos que un médico proporcione autorización por escrito para una posición de dormir diferente.

Políticas Adicionales

La discriminación está prohibida en mi cuidado infantil. No discriminaré según la raza, color, sexo, orientación sexual, discapacidad u origen nacional o ascendencia en aceptar a niños o en la contratación de empleados.

Tenga en cuenta que soy un reportero obligatorio de abuso y negligencia infantil. Esto significa que si un niño bajo mi cuidado muestra señales de haber sido abusado o descuidado o de que el niño ha sido amenazado con abuso, informaré inmediatamente al departamento de servicios sociales o humanos del condado y/o la policía local.

No se permite fumar en las instalaciones durante las horas certificadas de cuidado infantil.

Otros: _____

Terminación

Este contrato puede ser rescindido por el proveedor o los padres dando un aviso por escrito de _____ semana(s) por adelantado.

- Si yo termino el cuidado: Usted **es / no es** (*proveedor indique uno*) responsable del pago por todos los días que su hijo está programado para recibir cuidado durante este tiempo, independientemente de si su hijo está presente o no.
- Si usted termina el cuidado: Usted **es / no es** (*proveedor indique uno*) responsable del pago por todos los días que su hijo está programado para recibir cuidado durante este tiempo, independientemente de si su hijo está presente o no.

Las razones para la terminación del contrato pueden incluir pero no se limitan a:

- No se están haciendo los pagos.
- Los formularios requeridos no son llenadas de manera oportuna.
- Las necesidades de su hijo no se cumplen bajo mi cuidado.
- Usted no cumple con el contrato firmado.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, por favor avíseme antes de firmar este contrato. Al firmar, usted reconoce que ha firmado un contrato legalmente vinculante. Usted también reconoce que ha recibido y estás de acuerdo cumplir con las políticas y procedimientos descritos. Puedo modificar el contrato dándole una copia de las políticas nuevas o cambiadas al menos _____ semanas antes de que los cambios entren en vigor.

Firma de padre/tutor legal

Fecha

Firma de padre/tutor legal

Fecha

Firma del proveedor

Fecha

Artículos proporcionados por:

Padre o tutor	Proveedor	N/A	Artículos
			Pañales desechables
			Pañales de tela
			Toallitas húmedas
			Sábana y manta etiquetadas
			Saco de dormir/colchoneta de dormir
			Botella para agua, formula y/o leche
			Cambio completo de ropa incluyendo ropa interior y calcetines
			Protector solar
			Repellente de insecto
			Ropa adecuada para jugar al aire libre para cada temporada
			Asiento de coche o asiento elevador
			Otro _____