

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-021

DATE

01-30-2006

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE **CCP 2145 (10/05) English and Spanish
CalWORKs Child Care Reimbursement Report**

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 10/05	REPLACES 5/04	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

 No Change Permitted

REQUIRED FORM-

 Substitute Permitted With Prior DSS Approval Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:

**Department of Social Services Warehouse
P.O. Box 980788
West Sacramento, CA 95798-0788**

 Other:**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

 Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

 When supply available in DSS Warehouse Use new form effective 10/05

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, 2 sided.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 651-8876 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

CalWORKs CHILD CARE REIMBURSEMENT REPORT

Instructions:

- If you have approved child care costs and want a payment, fill out and return this report to your child care worker each month. If a complete report is not received each month, your child care benefits may be late, denied, or stopped.
- PART A must be filled out by you and PART B, on the back of this form, must be filled out by each child care provider. If needed, ask your worker for more copies.

PART A - PARTICIPANT FILLS IN THIS SECTION.

1. MONTH/YEAR OF REQUEST	2. NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)	CASE NAME, IF DIFFERENT	HOME PHONE ()
WORK PHONE, IF APPLICABLE ()	ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)		

3. List the number of hours you worked or participated in a CalWORKs county approved activity each day in the month. (Do not write in the blanks on days you did not go to work or did not participate in a county approved activity.) Attach proof.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL HOURS

4. List your normal work or CalWORKs county approved activity hours.
For example: Monday-Thursday, 8:00 a.m. to 5:00 p.m.; Saturday, 1:00 p.m.-5:00 p.m., Sunday 1:00 p.m. - 4:00 p.m. and 6:00 p.m. - 9:00 p.m.

5. It takes me _____ hours _____ minutes each day to go to and from my child care provider(s) and where I go to work and/or other CalWORKs county approved activity.

CHILD'S NAME	BIRTHDATE	AGE	PROVIDER'S NAME	AMOUNT PAID

6. My child care provider has changed since my last request for a child care payment. (If "yes", your new provider must be approved before you can get a payment.) YES NO

7. I am receiving child care subsidies from another source. (If "Yes", please describe) YES NO

8. The preferred placement for 11 and 12-year old children is in an After School Education and Safety (ASES) Program or a 21st Century Community Learning Center (21st CCLC). Information and site location for these programs can be found at:

- <http://www.cde.ca.gov/fg/fo/r8/documents/ases03result.pdf>
- <http://www.cde.ca.gov/fg/fo/r8/documents/cclcelem04award.pdf>
- <http://www.cde.ca.gov/fg/fo/r8/documents/cclcelem03award.pdf>

You may also contact the local Child Care Resource and Referral Agency. If your 11 or 12 year old child needs subsidized child care, you **must** certify the reason why the ASES or 21st CCLC programs does **not** meet your child care needs. Without your certification, your child care payments may be stopped.

I certify that the ASES or 21st CCLC program does not meet all _____ or part _____ of my child care needs because: _____

CERTIFICATION

I understand that:

- I am certifying I worked or participated in other CalWORKs county approved activity on the days and hours listed above.
- Any statements made on this form are subject to investigation and verification.
- I must report to my child care worker any time a parent of a child receiving child care moves into my home or another child moves into my home, including newborns.
- I must report if my family income has reached or is over the following family fee income thresholds and has changed since last reported to child care:

Family size*	Income per Month	Family Size	Income per month
1-2	\$1820 per month	3	\$1950 per month
4	\$2167 per month	5 or more	\$2513 per month
- *Family size includes adults and children related by blood, marriage, or adoption that live in the home of the child receiving child care.
- I have the right to choose the child care provider who is best for me and my child(ren).
- The provider must have a license or be exempt from having a license in order for me to get a child care payment.
- If I choose a license exempt child care provider, (s)he must apply for or be Trustline registered and meet Health & Safety Certification criteria unless exempt.
- The county does not act as the child care provider's employer, and does not have a business relationship with the child care provider when a child care payment is paid.
- If I choose child care in my home, I may be considered the employer and am responsible for complying with any applicable federal and state employment-related laws.
- I must pay back any child care payments I am not entitled to get.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in PART A on this report is true and correct.

SIGNATURE OF RECIPIENT

DATE



COUNTY USE ONLY

Date Received:

Worker Number:

Case Name:

Case Number:

the boxes below when the status for each has been verified.

Total Hours Verified

Evening/weekend Hours

For License Exempt Provider

Applied For Trustline

Trustline Registered

Exempt From Trustline

RMR Changed

PART B - ONLY CHILD CARE PROVIDER FILLS IN THIS SECTION.

Month/Year of Request: _____

1. PROVIDER'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) OR NAME OF FACILITY						SOCIAL SECURITY NUMBER/TAX ID NUMBER (OPTIONAL)	
ADDRESS WHERE CARE IS PROVIDED	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP CODE	PHONE ()	
BILLING ADDRESS, IF DIFFERENT THAN ABOVE. ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP CODE	PHONE ()	

2. I provided child care in: My Home Child's Home Family Day Care Home Day Care Center
 Small Large

for the family listed on the front in _____ (Month/Year), for the following child(ren): Family fee paid

Child's Name	Amount Charged Per Child	Rate Charged	Specify How Charged (per hour, day, week, month)
A.			
B.			
C.			
D.			
Total			

3. List the number of hours you provided child care to each child for each day of the month:

Child	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
A.																																	
B.																																	
C.																																	
D.																																	

Other information:

4. For the boxes listed below, check (✓) the one that applies to you.

I certify I am a licensed child care provider and my valid license number is _____.

I certify I do not need a child day care license because (only one needs to apply):

I am related to the child: Child A: _____, Child B: _____, Child C: _____, Child D: _____.
(RELATIONSHIP) (RELATIONSHIP) (RELATIONSHIP) (RELATIONSHIP)

I care for my own family's child(ren) and the child(ren) from only one other family at any one time.

The facility is a public or private exempt school which operates a program before and/or after school for school-age children, providing the program offered by a school is operated by the school and run by qualified teachers employed by the school recreation program or school district.

The facility is a public or private recreation program.

CERTIFICATION

- I declare that I am at least 18 years of age.
- I declare that I provided the child care listed above and that the hours of care and total monthly costs listed above are true and correct.
- I understand that if I am license exempt, I must apply for Trustline and Health & Safety certification registration unless I am an aunt, uncle, grandparent of a child(ren) in my care or a school or recreation facility.
- I understand that the social security number, provided above, may be used to check whether I am also receiving CalWORKs, Food Stamps, and/or Medi-Cal benefits and that I must report this income to my eligibility worker.
- I understand that I must charge the rate I charge for participant's children listed on the front, the same or lower child care rates that I charge other clients for the same service.
- I understand that the County does not act as my employer or have a business relationship with me when I get a child care payment.
- I understand that failing to report facts or giving wrong or incomplete facts on this report can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in PART B on this report is true and correct.

SIGNATURE OF PROVIDER	DATE
SIGNATURE OF RECIPIENT	DATE

INFORME PARA EL REEMBOLSO PROVENIENTE DEL PROGRAMA DE CALIFORNIA DE OPORTUNIDADES DE TRABAJO Y RESPONSABILIDAD HACIA LOS NIÑOS (CalWORKs) PARA GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS

Instrucciones:

- Si usted tiene gastos aprobados de cuidado de niños y quiere un pago, complete este informe y devuélvaselo a su trabajador cada mes. Si no se recibe un informe completo cada mes, es posible que sus beneficios de cuidado de niños se retrasen, se nieguen o se descontinúen.
- Usted tiene que completar la PARTE A y cada proveedor de cuidado de niños tiene que completar la PARTE B, la cual se encuentra en la siguiente página de este formulario. Si necesita más copias, pídaselas a su trabajador.

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Date Received:

Worker Number:

PARTE A - EL PARTICIPANTE COMPLETA ESTA SECCION.

MES/AÑO DE LA PETICION 1.	NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) 2.	NOMBRE DEL CASO, SI ES DIFERENTE ()	NUMERO DE TELEFONO DE LA CASA ()
TELEFONO DEL TRABAJO, SI ES PERTINENTE ()	DIRECCION (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)		

Case Name:

Case Number:

3. Anote el número de horas que trabajó o participó en una actividad de CalWORKs aprobada por el condado, cada día del mes. (No escriba nada en los espacios bajo los días en que usted no fue a trabajar ni participó en una actividad aprobada por el condado.) Adjunte pruebas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL DE HORAS

the boxes below when the status for each has been verified.

Total Hours Verified
 Evening/weekend Hours

4. Anote las horas regulares de su trabajo o de su actividad de CalWORKs aprobada por el condado. *Por ejemplo: lunes-jueves, desde las 8:00 de la mañana hasta las 5:00 de la tarde; sábado, desde la 1:00 de la tarde hasta las 5:00 de la tarde; domingo, desde la 1:00 de la tarde hasta las 4:00 de la tarde y desde las 6:00 de la tarde hasta las 9:00 de la noche.*

5. Tardo _____ horas _____ minutos cada día para ir y venir del lugar donde se proporciona el cuidado de niños al lugar donde trabajo y/o a otra actividad de CalWORKs aprobada por el condado.

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NOMBRE DEL PROVEEDOR	CANTIDAD QUE SE PAGO

For License Exempt Provider
 Applied For Trustline
 Trustline Registered
 Exempt From Trustline
 RMR Changed

6. He cambiado de proveedor de cuidado de niños desde mi última petición para pagos de cuidado de niños. (Si la respuesta es "SI", se tiene que aprobar a su nuevo proveedor antes de que usted pueda recibir pagos.) SI NO

7. Estoy recibiendo de otra fuente subsidios en relación al cuidado de niños. (Si la respuesta es "SI", por favor describa.) SI NO

8. La colocación preferida para niños de 11 y 12 años de edad es en un programa de educación y seguridad después de la escuela (ASES) o en un centro comunitario de aprendizaje "21st Century" (21st CCLC). Información sobre estos programas y donde se encuentran se puede obtener en los siguientes sitios web:

- <http://www.cde.ca.gov/fg/fo/r8/documents/ases03result.pdf>
- <http://www.cde.ca.gov/fg/fo/r8/documents/cclcelem04award.pdf>
- <http://www.cde.ca.gov/fg/fo/r8/documents/cclcelem03award.pdf>

También puede comunicarse con la oficina local del Programa de Recursos e Información sobre el Cuidado de Niños. Si necesita cuidado de niños subvencionado para su niño de 11 o 12 años de edad, usted **tiene que** certificar la razón por qué el programa de ASES o de 21st CCLC **no** satisface sus necesidades relacionadas al cuidado de niños. Si no tenemos su certificación, es posible que sus pagos para el cuidado de niños se descontinúen.

Certifico que el programa de ASES o de 21st CCLC no satisface todas _____ o parte de _____ mis necesidades relacionadas al cuidado de niños porque: _____

CERTIFICACION

Entiendo que:

- certifico que trabajé o participé en otra actividad de CalWORKs aprobada por el condado los días y horas anotadas arriba.
 - se puede investigar y verificar cualquier declaración hecha en este formulario.
 - tengo que reportar a mi trabajador de cuidado de niños si el padre o madre de un niño que recibe cuidado de niños u otro niño viene a vivir en mi hogar, incluyendo a los recién nacidos.
 - tengo que reportar si los ingresos de mi familia alcanzan o exceden los siguientes límites de ingresos permitidos y han cambiado desde la última vez que se reportó el cuidado de niños.
- | | | | |
|-----------------------|------------------|----------------------|------------------|
| Tamaño de la familia* | Ingresos por mes | Tamaño de la familia | Ingresos por mes |
| 1-2 | \$1820 por mes | 3 | \$1950 por mes |
| 4 | \$2167 por mes | 5 o más | \$2513 por mes |
- *El tamaño de la familia incluye a los adultos y niños con parentesco sanguíneo o por matrimonio o adopción que viven en el hogar del niño que recibe cuidado de niños.
- tengo derecho a escoger al proveedor de cuidado de niños que sea mejor para mí y mis hijos.
 - para que yo pueda recibir pagos para el cuidado de niños, el proveedor tiene que tener una licencia o estar exento de este requisito.
 - si escojo a un proveedor de cuidado de niños que esté exento de tener una licencia, el proveedor tiene que solicitar que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados (Trustline Registration) o estar ya inscrito en ese Registro y tiene que cumplir con los requisitos de certificación respecto a la salud y seguridad, a menos que esté exento.
 - el condado no actúa como el empleador del proveedor de cuidado de niños, y no tiene una relación de negocios con el proveedor de cuidado de niños cuando se hace un pago para el cuidado de niños.
 - si escojo el cuidado de niños en mi hogar, es posible que se considere que yo soy el empleador y seré responsable de cumplir con las leyes federales y estatales relacionadas al empleo.
 - tengo que reembolsar cualquier pago para el cuidado de niños que no tenga derecho a recibir.

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información incluida en la PARTE A de este informe es verdadera y correcta.

FIRMA DEL BENEFICIARIO	FECHA

PARTE B - SOLAMENTE EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS COMPLETA ESTA SECCION.

Mes/Año de la petición:

1. NOMBRE DEL PROVEEDOR (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) O NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO NO. DE SEGURO SOCIAL/NO. DE IDENTIFICACION PARA IMPUESTOS (OPCIONAL) DIRECCION DONDE SE PROPORCIONA EL CUIDADO NUMERO CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELEFONO DIRECCION A DONDE SE MANDAN LOS PAGOS, SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR NUMERO CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TELEFONO

2. Proporcioné cuidado de niños en: [] mi casa [] la casa del niño [] un hogar que proporciona cuidado de niños [] una guardería infantil para la familia mencionada en la página 1 en (mes/año), para los siguientes niños: Cuota que la familia pagó

Table with columns: Nombre del niño, Cantidad que se cobró por niño, Cuota que se cobró, Especifique cómo se cobró (por hora, día, semana, mes). Rows A, B, C, D, Total.

3. Anote el número de horas que le proporcionó cuidado a cada niño cada día del mes:

Grid for tracking hours by day (1-31) for children A, B, C, D. Includes a TOTAL column.

Otra información:

4. En relación a las casillas que se encuentran a continuación, marque (✓) la que sea pertinente para usted.

- 4. En relación a las casillas que se encuentran a continuación, marque (✓) la que sea pertinente para usted. [] Certifico que soy un proveedor de cuidado de niños con licencia y que mi número válido de licencia es [] Certifico que no necesito una licencia de cuidado de niños porque (se requiere sólo una opción): [] soy pariente del niño: niño A: (PARENTESCO), niño B: (PARENTESCO), niño C: (PARENTESCO), niño D: (PARENTESCO) [] en cualquier momento dado, cuido a mis propios hijos y a los hijos de solamente una familia más. [] el establecimiento es una escuela exenta, pública o privada, que administra un programa de antes y/o después de la escuela para niños de edad escolar, siempre que el programa que la escuela ofrezca sea administrado por la escuela y dirigido por maestros que reúnan los requisitos y que estén empleados por el programa de recreación de la escuela o por el distrito escolar. [] el establecimiento ofrece un programa de recreación público o privado.

CERTIFICACION

- Declaro que tengo por lo menos 18 años de edad.
• Declaro que proporcioné el cuidado de niños mencionado arriba y que las horas de cuidado y el total de los costos mensuales mencionados arriba son verdaderos y correctos.
• Entiendo que si estoy exento del requisito de tener una licencia, tengo que solicitar que se me inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados (Trustline Registration) y en el registro de certificación respecto a la salud y seguridad, a menos que yo sea tía, tío, abuela, o abuelo de los niños bajo mi cuidado, o el cuidado se proporcione en una escuela o establecimiento de recreación.
• Entiendo que el número de Seguro Social, que se proporcionó arriba, podría usarse para verificar si también estoy recibiendo beneficios provenientes del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), el Programa de Estampillas para Comida, y/o el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal), y que tengo que reportar estos ingresos a mi trabajador de elegibilidad.
• Entiendo que tengo que cobrarle al beneficiario mencionado en la página 1 de este formulario la misma cuota o una más baja que la que les cobro a otros clientes por el mismo servicio.
• Entiendo que el condado no actúa como mi empleador ni tiene una relación de negocios conmigo cuando recibo un pago de cuidado de niños.
• Entiendo que el no reportar datos o el dar información falsa o incompleta en este informe puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento, o ambos.

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información incluida en la PARTE B de este informe es verdadera y correcta.

FIRMA DEL PROVEEDOR FIRMA DEL BENEFICIARIO FECHA FECHA