



## Solicitud de Financiamiento Sólido para el Cuidado Infantil

¿Es usted actualmente un proveedor aprobado con el Programa de Pago de Cuidado Infantil de Mississippi?

Sí  No

Si no, ¿tenía licencia o estaba registrado en el Departamento de Salud de Mississippi el 11 de marzo de 2021 o antes?

Sí  No

Proveedor/Nombre comercial: \_\_\_\_\_

Proveedor/Dirección comercial: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Etnia del propietario: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza del propietario:

- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Afroamericano o Negro
- Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico
- Blanco
- Otros

Género del propietario: Hombre femenino

Número de licencia del proveedor (ID del proveedor si no tiene licencia): \_\_\_\_\_

Tipo de proveedor:

- con licencia
- Proveedor exento de licencia
- Proveedor en el hogar para la familia
- Proveedor en el hogar sin familia

Capacidad del proveedor: \_\_\_\_\_

Estado del proveedor: Tiempo completo tiempo parcial

Seleccione todo lo que corresponda:

- Servir a niños con necesidades especiales

- Proporcionar atención las 24 horas
- Proveedor aprobado por CCDF

¿Ha completado el proceso de registro para el depósito directo de fondos?  Sí  No

**Si respondió que no, vuelva a <https://www.mdhs.ms.gov/early-childhood-care-development/child-care-strong/> para obtener instrucciones sobre cómo registrarse para el depósito directo y luego regrese para completar su solicitud.**

Uso planificado de los fondos (elijá todos los que correspondan):

- Gastos de personal
- Hipoteca/Alquiler, servicios públicos, mantenimiento y mejoras de instalaciones, o seguro
- Equipo de protección personal, suministros de limpieza y saneamiento, servicios o capacitación / desarrollo profesional relacionado con prácticas de salud y seguridad
- Compra o actualización de equipos y suministros
- Bienes y servicios necesarios para mantener/reanudar los servicios de cuidado infantil
- Apoyos de salud mental para niños y empleados

Revise las tarifas publicadas por niño disponibles en <https://www.mdhs.ms.gov/early-childhood-care-development/child-care-strong/> para identificar la tarifa por niño que se aplica a su centro e ingrese esa cantidad a continuación. A continuación, multiplicará eso por la capacidad del proveedor ingresada anteriormente. Esto indicará su tarifa base mensual estimada. Cualquier bono para el que sea elegible se agregará a esta cantidad mensual en el cálculo final.

\$ \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
Tarifa por niño                      Capacidad del proveedor                      Tarifa base mensual estimada

¿Es el monto estimado de gastos mensuales adecuado para cubrir los gastos operativos mensuales promedio documentados en su centro?

Sí  No

Si respondió No, seleccione una de las siguientes dos opciones con respecto a la financiación a continuación:

- Deseo aceptar el premio basado en el monto estimado de gastos mensuales ofrecido por MDHS.
- Deseo presentar documentación de mis gastos mensuales para su posterior consideración. (Debe incluir esta documentación con la presentación de esta solicitud. )

### **Certificaciones/Atestaciones**

Por favor, inicie por cada declaración a continuación para indicar el acuerdo con cada uno.

\_\_\_\_\_ Certifico que operaré en operación de acuerdo con los requisitos estatales y locales y, en la mayor medida posible, la orientación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/communication/guidance.html>)

- \_\_\_\_\_ Certifico que no disminuiré los salarios o salarios semanales o beneficios para ningún empleado durante el período de la subvención.
- \_\_\_\_\_ Certifico que no cobraré copagos o pagos de matrícula de las familias durante el período de la subvención en la medida de lo posible y priorizo dicho alivio para las familias que luchan por hacer cualquier tipo de pago. Si un proveedor no puede proporcionar alivio de los pagos de matrícula para todas las familias inscritas en el programa, debe priorizar hacerlo para las familias más necesitadas y dirigirse a las familias que ganan menos del 85 por ciento del ingreso medio estatal.
- \_\_\_\_\_ Certifico que actualmente no estoy bajo suspensión del Programa de Pago de Cuidado Infantil y no se ha encontrado que haya cometido una violación intencional del programa en los últimos seis meses.
- \_\_\_\_\_ Certifico que no tengo violaciones comprobadas de Clase I emitidas por el Departamento de Salud de Mississippi, División de Licencias de Cuidado Infantil en los últimos seis meses.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que al presentar esta solicitud me comprometo a continuar operando por no menos de seis (6) meses a partir de la fecha de adjudicación. Los cierres temporales relacionados con COVID ordenados por el MSDH no violarán este término del acuerdo.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que al presentar esta solicitud, estoy aceptando fondos federales que están sujetos a la supervisión de agencias federales y estatales. Acepto participar plenamente en todos los procesos de monitoreo o auditoría requeridos por MDHS. Entiendo que MDHS está obligado a monitorear e informar sobre el uso de estos fondos y que cualquier fondo mal gastado puede ser recuperado. Además, entiendo que los procesos de monitoreo y / o auditoría pueden requerir una visita in situ sin previo aviso. Acepto proporcionar cualquier documentación de respaldo de la financiación de Child Care Strong a cualquier monitor o auditor que lo solicite.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que MDHS es responsable de garantizar que todos los fondos de la Ley del Plan de Rescate Americano se gasten dentro de los plazos establecidos en virtud de la Ley. Cualquier fondo que no se gaste dentro del marco de tiempo especificado debe devolverse al gobierno federal. Entiendo que debo completar los informes que documentan el uso de estos fondos para su presentación a MDHS.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que los fondos de estabilización de la Ley ARP no se pueden usar para renovaciones de las instalaciones, para la compra de bienes inmuebles o para proporcionar servicios que dupliquen el programa académico de cualquier escuela pública o privada para estudiantes en los grados 1-12. Los fondos adicionales no se pueden usar para ningún servicio que resulte en crédito estudiantil para la graduación. Los fondos no se pueden usar para ningún propósito no permitido por las leyes estatales o federales. Cualquier fondo gastado para estos fines está sujeto a recapación.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que los fondos otorgados bajo esta solicitud se desembolsarán de acuerdo con el cronograma proporcionado por MDHS.

\_\_\_\_\_  
Firma de la

\_\_\_\_\_  
fecha del solicitante

Por favor, firme y escanee esta aplicación con cualquier documento requerido para [ChildCareStrong@mdhs.ms.gov](mailto:ChildCareStrong@mdhs.ms.gov).