



Ứng dụng tài trợ mạnh mẽ cho chăm sóc trẻ em

Bạn hiện đang là nhà cung cấp được phê duyệt với Chương trình thanh toán chăm sóc trẻ em Mississippi?

Có Không

Nếu không, bạn đã được cấp phép hoặc đăng ký với Sở Y tế Mississippi vào hoặc trước ngày 11 tháng 3 năm 2021 không?

Có Không

Nhà cung cấp /Tên doanh nghiệp: _____

Nhà cung cấp/Địa chỉ doanh nghiệp: _____

Tên người nộp đơn: _____

Dân tộc chủ sở hữu: Hispanic / Latino Non-Hispanic / Latino

Chủng tộc chủ sở hữu:

- Người Mỹ gốc Á / người bản địa Alaska
- Người Mỹ gốc Phi hoặc người da đen
- Người Hawaii bản địa hoặc người đảo Thái Bình Dương
- Trắng hoặc da trắng
- khác

Giới tính chủ sở hữu: Nam nữ

Số giấy phép nhà cung cấp (ID nhà cung cấp nếu không được cấp phép): _

Loại nhà cung cấp:

- Nhà cung cấp được cấp phép
- Nhà cung cấp được miễn giấy phép
- Nhà cung cấp tại nhà cho gia đình
- Nhà cung cấp tại nhà không có gia đình

Năng lực của nhà cung cấp: _____

Trạng thái nhà cung cấp: Bán thời gian toàn thời gian

Chọn tất cả những gì áp dụng:

- Phục vụ trẻ em có nhu cầu đặc biệt
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc 24 giờ
- Nhà cung cấp được CCDF phê duyệt

Bạn đã hoàn thành quá trình đăng ký đặt cọc trực tiếp tài trợ chưa? Có Không

Nếu bạn trả lời không, vui lòng quay lại <https://www.mdhs.ms.gov/early-childhood-care-development/child-care-strong/> để được hướng dẫn cách đăng ký nạp tiền trực tiếp sau đó quay lại hoàn thành đơn đăng ký.

Sử dụng tài trợ theo kế hoạch (chọn tất cả những gì áp dụng):

- Chi phí nhân sự
- Thế chấp / Cho thuê, tiện ích, bảo trì và cải tiến cơ sở hoặc bảo hiểm
- Thiết bị bảo vệ cá nhân, vật tư vệ sinh và vệ sinh, dịch vụ hoặc đào tạo / phát triển chuyên môn liên quan đến thực hành sức khỏe và an toàn
- Mua hoặc cập nhật thiết bị và vật tư
- Hàng hóa và dịch vụ cần thiết để duy trì / nối lại các dịch vụ chăm sóc trẻ em
- Hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho trẻ em và nhân viên

Vui lòng xem lại mức giá cho mỗi đứa trẻ được đăng có sẵn tại <https://www.mdhs.ms.gov/early-childhood-care-development/child-care-strong/> để xác định tỷ lệ cho mỗi đứa trẻ áp dụng cho trung tâm của bạn và nhập số tiền đó dưới đây. Sau đó, bạn sẽ nhân với Dung lượng Nhà cung cấp được nhập ở trên. Điều này sẽ cho biết lãi suất cơ bản ước tính hàng tháng của bạn. Bất kỳ khoản tiền thưởng nào bạn đủ điều kiện sẽ được thêm vào số tiền hàng tháng này trong lần tính toán cuối cùng.

$$\frac{\text{_____}}{\text{Tỷ lệ mỗi đứa trẻ}} \times \frac{\text{_____}}{\text{Năng lực nhà cung cấp}} = \frac{\text{_____}}{\text{Lãi suất cơ bản ước tính hàng tháng}}$$

Số tiền chi phí hàng tháng ước tính có đủ để trang trải chi phí hoạt động trung bình hàng tháng được ghi lại ở trung tâm của bạn không?

- Có Không

Nếu bạn trả lời Không, vui lòng chọn một trong hai tùy chọn sau đây liên quan đến tài trợ dưới đây:

- Tôi muốn nhận giải thưởng dựa trên số tiền chi phí ước tính hàng tháng do MDHS cung cấp.
- Tôi muốn nộp tài liệu về các chi phí hàng tháng của tôi để xem xét thêm. (Bạn phải bao gồm tài liệu này với việc nộp đơn này.)

Chứng nhận/Chứng thực

Vui lòng khởi động bằng mọi tuyên bố dưới đây để biết sự đồng ý với từng tuyên bố.

_____ Tôi xác nhận rằng tôi sẽ hoạt động phù hợp với các yêu cầu của tiểu bang và địa phương và để mở rộng lớn nhất có thể, hướng dẫn từ Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/communication/guidance.html>)

_____ Tôi xác nhận rằng tôi sẽ không giảm lương hoặc tiền lương hoặc phúc lợi hàng tuần cho bất kỳ nhân viên nào trong thời gian tài trợ.

_____ Tôi xác nhận rằng tôi sẽ không thu tiền đồng thanh toán hoặc thanh toán học phí từ các gia đình trong thời gian tài trợ trong phạm vi có thể và ưu tiên cứu trợ như vậy cho các gia đình đang gặp khó khăn trong việc thực hiện một trong hai loại thanh toán. Nếu một nhà cung cấp không thể cung cấp cứu trợ từ các khoản thanh toán học phí cho tất cả các gia đình đăng ký vào chương trình, họ nên ưu tiên làm như vậy cho các gia đình có nhu cầu nhất và nhắm mục tiêu các gia đình có thu nhập dưới 85% Thu nhập trung bình của tiểu bang.

_____ Tôi xác nhận rằng tôi hiện không bị đình chỉ từ Chương trình thanh toán chăm sóc trẻ em và không bị phát hiện vi phạm chương trình có chủ ý trong vòng sáu tháng qua.

_____ Tôi xác nhận rằng tôi không có vi phạm loại I được chứng minh do Bộ Y tế Mississippi, Bộ phận Cấp phép Chăm sóc Trẻ em ban hành trong vòng sáu tháng qua.

_____ Tôi hiểu rằng bằng cách nộp đơn này, tôi cam kết tiếp tục hoạt động không dưới sáu (6) tháng kể từ ngày trao giải. Việc đóng cửa tạm thời liên quan đến COVID theo lệnh của MSDH sẽ không vi phạm thời hạn thỏa thuận này.

_____ Tôi hiểu rằng bằng cách nộp đơn này, tôi đang chấp nhận tài trợ liên bang chịu sự giám sát của cơ quan liên bang và tiểu bang. Tôi đồng ý tham gia đầy đủ vào tất cả các quy trình giám sát hoặc kiểm toán theo yêu cầu của MDHS. Tôi hiểu rằng MDHS được yêu cầu theo dõi và báo cáo về việc sử dụng các quỹ này và bất kỳ khoản tiền nào được chi tiêu sai có thể được thu hồi. Hơn nữa, tôi hiểu rằng các quy trình giám sát và / hoặc kiểm toán có thể yêu cầu một chuyến thăm tại chỗ không báo trước. Tôi đồng ý cung cấp bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào về tài trợ chăm sóc trẻ em mạnh mẽ cho bất kỳ giám sát viên hoặc kiểm toán viên nào theo yêu cầu.

_____ Tôi hiểu rằng MDHS chịu trách nhiệm đảm bảo tất cả các quỹ đạo luật Kế hoạch Cứu hộ Hoa Kỳ được chi tiêu trong các khung thời gian được thiết lập theo Đạo luật. Bất kỳ khoản tiền nào không được chi tiêu trong khung thời gian quy định phải được trả lại cho chính phủ liên bang. Tôi hiểu rằng tôi phải hoàn thành các báo cáo ghi lại việc sử dụng tài trợ này để nộp cho MDHS.

_____ Tôi hiểu rằng tài trợ ổn định đạo luật ARP có thể không được sử dụng để cải tạo cơ sở, mua bất động sản hoặc cung cấp bất kỳ dịch vụ nào trùng lặp chương trình học tập của bất kỳ trường công lập hoặc tư thục nào cho học sinh từ lớp 1 đến lớp 12. Các quỹ tiếp theo không thể được sử dụng cho bất kỳ dịch vụ nào dẫn đến tín chỉ sinh viên để tốt nghiệp. Tiền không thể được sử dụng cho bất kỳ mục đích nào bị luật pháp tiểu bang hoặc liên bang từ chối. Bất kỳ khoản tiền nào được chi cho các mục đích này đều phải thu hồi.

_____ Tôi hiểu rằng các khoản tiền được trao theo đơn này sẽ được giải ngân theo tiến độ do MDHS cung cấp.

Chữ ký ngày

nộp đơn

Vui lòng ký và quét ứng dụng này với bất kỳ tài liệu cần thiết nào để ChildCareStrong@mdhs.ms.gov.