



**FORMULARIO PARA EXENCIÓN DE ASISTENCIA POR COVID-19
PARA HOGARES GUARDERÍAS EXENTOS DE LICENCIA**

PEDIDO PARA EL MES DE: _____ .

Nombre del Proveedor: _____

Identificación de Proveedor del Sistema de Administración de Cuidado de Niños (CCMS, por sus siglas en inglés) de 15 dígitos:

(Si su Identificación de Proveedor es menos de 15 dígitos, por favor añada "0"s al principio hasta alcanzar los 15 dígitos)

Persona Que Completa La Petición: _____

- Estoy accesible y brindando cuidado infantil.
- He solicitado para la Asistencia de Desempleo por Pandemia.

Razón para Pedir una Exención de Asistencia:

- Cierre del Programa Fechas del Cierre: _____
- Baja asistencia debido a la pandemia Fechas de baja asistencia: _____

Certificación:

Certifico que esto es una contabilización verdadera y actual de la asistencia mensual para mi programa y entiendo que al pedir el pago completo por los días elegibles del cuidado, estoy de acuerdo en pagarle a mi personal por todas las horas de trabajo programadas, independientemente del cierre o la reducción de los servicios.

Nombre del Representante Autorizado (En letras de imprenta)

Firma del Representante Autorizado

Fecha

El IDHS trabaja en cooperación con el Departamento de Seguridad de Empleo y puede validar el comprobante de la compensación por desempleo. Los fondos obtenidos a través de una certificación falsa estarán sujetos a una investigación y recuperación y pueden causar la terminación de la participación en el Programa de Asistencia para Cuidado de Niños.

Por favor investigue completamente los fondos de alivio de emergencia federal disponibles para individuos y pequeños negocios. Esto incluye a los beneficios de desempleo extendido, a los subsidios de emergencia, a los préstamos perdonables y a los créditos tributarios reembolsables. Puede ser más beneficioso a usted que una reclamación de la exención de asistencia. Puede encontrar más información aquí: <https://www2.illinois.gov/sites/OECD/Pages/Resources-for-Providers.aspx>.

Usted debe enviar este formulario completado junto con su(s) certificado(s) de facturación mensual a su Recurso y Referencia para Cuidado de Niños (CCR&R, por sus siglas en inglés). Por favor envíe todas las preguntas/comentarios/preocupaciones a DHS.CCAP.PPP@illinois.gov