



## Child Care Quality Grant Attestation Form 2018-19

(Please print clearly. See instructions to fill out the form.)

**A.** NAME \_\_\_\_\_

I am a (check one box only):

- registered family day care provider
- licensed group family day care provider
- legally exempt (informal) provider

EMAIL \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_

PHONE NUMBER \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

**B.** I understand by checking off the following statements that I attest that such statements are true and accurate. **(ALL FOUR BOXES MUST BE CHECKED and YOU MUST SIGN YOUR NAME TO RECEIVE A GRANT.)**

- I certify that I have a current, valid New York State family day care registration, New York State group family day care license or legally exempt (informal) enrollment number and currently have children in my care.
  - My registration/license number is \_\_\_\_\_
  - The expiration date on my registration/license is \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - My legally exempt (informal) enrollment number is \_\_\_\_\_
- I understand and agree as a registered family day care provider, licensed group family day care provider or legally exempt (informal) provider that I will receive a \$500 child care quality grant from the UFT and I agree that I will only use this grant for my business-related purposes. **(Your Kaplan invoice and this form will be kept on file at the UFT.)**
- I understand and agree that if I do not use the child care grant for the intended child care business purpose, I am liable for repayment to the UFT for the value of the grant items that were not used for child care business purposes within 60 days of notification from the UFT.
- I certify that I meet the eligibility requirements herein, and that I have reviewed, understand and agree to the terms of this agreement.

**C.** SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

**D.**  (Optional): I currently care for infants and/or toddler as defined by New York State regulation. (Title 18 of the NYS Code, Rules and Regulations: §413.2 (s) Infant means a child up to 18 months of age; §413.2 (t) toddler means a child up to 36 months of age.) **Please note: You do not have to currently care for an infant or toddler to receive a grant.**



## Formulario de Confirmación de Beca de Cuidado Infantil 2018-19

(Sírvase contestar con letra clara de imprenta. Consulte las instrucciones para llenar el formulario.)

### A. NOMBRE \_\_\_\_\_

Soy (marque sólo uno de los recuadros):

- Proveedora registrada de cuidado infantil en familia.**
- Proveedora licenciada en grupo de cuidado infantil en familia.**
- Proveedora legalmente exenta (informal).**

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

### B. Al marcar las siguientes declaraciones, entiendo que tales declaraciones son verdaderas y exactas.

**(DEBE MARCAR LOS CUARTO RECUADROS Y FIRMAR PARA RECIBIR UNA BECA.)**

Certifico que tengo un registro actualizado y válido del Estado de Nueva York como proveedora de cuidado infantil en familia, o una licencia en grupo del Estado de Nueva York como proveedora en familia, o un número de registro como proveedora legalmente exenta (informal), y que tengo niños a mi cuidado actualmente.

- **Mi número de registro/licencia es:** \_\_\_\_\_
- **La fecha de vencimiento de mi registro/licencia es:** \_\_\_\_\_
- **Mi número de registro como cuidadora legalmente exenta (informal) es:** \_\_\_\_\_

Entiendo y estoy de acuerdo en que, como proveedora registrada de cuidado infantil en familia, o como proveedora licenciada en grupo de cuidado infantil en familia, o como proveedora de cuidado infantil legalmente exenta (informal), recibiré una beca de calidad de cuidado infantil de \$500.00 de la UFT, y estoy de acuerdo en que utilizaré esta beca exclusivamente para mis cuestiones de trabajo. **(Su factura de Kaplan y este formulario se mantendrán en los expedientes de la UFT.)**

Entiendo y estoy de acuerdo en que si no utilizo la beca de cuidado infantil con el propósito que se pretende para el cuidado infantil, soy responsable de reembolsar a la UFT el valor de 60 días a partir de la notificación de la UFT

Yo certifico que cumplo los requisitos de admisión aquí enunciados, y que he revisado, entendido y aceptado los términos de este acuerdo.

C. **FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

D.  (Opcional): Actualmente tengo a mi cuidado bebés y niños muy pequeños, tal como lo define la regulación del estado de Nueva York (Título 18 del Código del NYS o Reglas y Regulaciones, 413.2(s): "bebé" es un recién nacido hasta los 18 meses, y 413.2(t), niño muy pequeño significa un niño de hasta 36 meses de edad.) **Por favor tome en cuenta que no necesita estar a cargo en este momento de un bebé o niño muy pequeño para recibir la beca.**



## 2018-2019年托兒質量補助金聲明表

請書寫工整。參看指令填表

### A. 姓名 \_\_\_\_\_

我是一名（僅選擇一項）

- 註冊家庭托兒人員
- 持牌集體家庭托兒人員
- 合法豁免（非正式）

電子郵箱 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_

電話號碼 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 郵區號碼 \_\_\_\_\_

### B. 我明白，在以下的方框中打勾意味著我聲明所作陳述屬實、準確。**(4個方框必須全部打勾並署名才能獲得補助金)**

- 我證明，我持有現有的、有效的紐約州家庭托兒註冊書、紐約州集體家庭牌照或合法豁免（非正式）的登記號碼，目前有小孩在我的托兒所。
  - 我的註冊/牌照號碼是 \_\_\_\_\_
  - 註冊/牌照的失效期是 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
  - 我的合法豁免（非正式）的登記號碼是 \_\_\_\_\_
- 作為一名註冊家庭托兒人員、持有牌照的集體家庭托兒人員或合法豁免（非正式）的托兒人員，我明白並且同意，我將獲得教師聯合總會提供的\$500托兒質量補助金；我同意這筆補助金將僅用於與托兒有關的事宜。（Kaplan收據和聲明表將在教師聯合總會存檔）。
- 我明白並且同意，如果托兒質量補助金沒有用於托兒，我有責任在得到教師聯合總會通知的60天內將沒有用於托兒事宜的款項退還給教師聯合總會。
- 我證明我符合補助金申請要求；我已經復閱、明白並同意此項協議的條件。

### C. 簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

### D. (可選的) 我目前照顧，按照紐約州法規定義的嬰兒及或學步兒。（紐約州法規與條例的第18條: § 413.2 (s) 嬰兒是大大到18個月的小孩; § 413.2 (t) 學步兒是大大到36個月的小孩。請注意：如果想申請補助金，你不必在目前照顧嬰兒或學步兒。