Child Care Quality Grant Attestation Form 2020 - 21  
*(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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PHONE#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADDRESS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CITY\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ STATE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ZIP CODE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 understand and agree that if I accept the Child Care Quality Grant, I cannot use it to purchase the same or previous items purchased with the NYS OCFS Child Care Stabilization Grant.
* I certify that I meet the eligibility requirements herein, and that I have reviewed, understand and agree to the terms of this agreement.

**SIGNATURE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**B**

.

**C**

Formulario de Confirmación de Beca de Cuidado Infantil 2020 - 21  
*(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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIUDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**(DEBE MARCAR LOS CUATRO 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 los artículos de la beca que no fueron usados para el trabajo de cuidado infantil, dentro de 60 días a partir de la notificación de la UFT.
* Entiendo y acepto que si acepto la Subvención de calidad de cuidado infantil, no puedo usarla para comprar los mismos artículos o artículos anteriores comprados con la Subvención de Estabilización de Cuidado Infantil NYS OCFS.
* Yo certifico que cumplo los requisitos de admisión aquí enunciados, y que he revisado, entendido y aceptado los términos de este acuerdo.

**FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

B

.

**C**

* **(Optional)**