



100 South Grand Avenue, East • Springfield, Illinois 62762  
401 South Clinton Street • Chicago, Illinois 60607

17 de marzo de 2020

## **Emergencia de salud pública por COVID-19 Política de exención de asistencia temporal**

**DECLARACIÓN DE POLÍTICA:** Para alentar a los programas de cuidado infantil subsidiados a proporcionar servicios durante circunstancias imprevistas y extraordinarias y para disminuir el impacto financiero de aquellos eventos que están fuera del control de los programas, entre los que se incluyen: centros de cuidado infantil con licencia, hogares de cuidado infantil con licencia, centros exentos de licencia y hogares exentos de licencia, pueden solicitar una exención de asistencia cuando ocurre una asistencia sustancialmente menor a la normal debido a un evento extraordinario. Al reclamar una exención, el proveedor certifica que se le seguirá pagando al personal por todas las horas de trabajo programadas, independientemente del cierre o la reducción de los servicios.

**DEFINICIONES:** A los fines de la Emergencia de salud pública por COVID-19, un evento extraordinario se describe como:

- Una epidemia tal que el 20 % o más de los niños están ausentes en el mismo día o días durante el mes.
- Un cierre forzado impuesto por un departamento de salud local de la unidad de gobierno local
- Un cierre forzado impuesto por un departamento de salud local debido a la exposición de COVID-19
- Un cierre voluntario basado en la decisión del propietario del programa o la Junta Directiva
- Otras circunstancias extraordinarias que el personal de cuidado infantil de IDHS analizará de manera individual

**APLICABILIDAD:** Esta política rige para los centros y hogares de cuidado infantil con licencia y para los centros y hogares exentos de licencia.

**DURACIÓN:** Esta política de emergencia estará vigente para los meses de servicio de marzo y abril de 2020, a menos que se extienda mediante notificación escrita de IDHS.

**FORMULARIO:** FORMULARIO DE EXENCIÓN DE ASISTENCIA POR COVID-19

### **PROCEDIMIENTOS:**

- Los programas de cuidado infantil con licencia y exentos de licencia que se pagan a través del programa con certificación o los programas administrados por el sitio son elegibles para recibir una exención de asistencia para disminuir el impacto financiero de ciertos eventos que están fuera del control del programa.
- Para recibir la exención, los proveedores deben completar el FORMULARIO DE EXENCIÓN DE ASISTENCIA POR COVID-19 y presentarlo con los certificados de facturación mensuales a la agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (Child Care Resource and Referral, CCR&R) local.
- Los programas administrados por el sitio deben enviar el formulario con el MER mensual.
- Para los proveedores que utilizan el sistema de facturación telefónica, se debe completar el Formulario de exención de asistencia por COVID-19 y enviarlo a su CCR&R local el mismo día que ingresa sus certificados.
- Los hogares exentos de licencia no deberán completar el formulario de exención.
- No se requerirá la aprobación previa de IDHS para obtener la exención a menos que el motivo de la exención requiera específicamente la aprobación de IDHS (*ver definiciones*).



# FORMULARIO DE EXENCIÓN DE ASISTENCIA POR COVID-19

**SOLICITADO para el mes de \_\_\_\_\_ de 2020**

**Nombre del programa:** \_\_\_\_\_

**Persona que completa la solicitud:** \_\_\_\_\_

**Puesto de la persona que completa la solicitud:** \_\_\_\_\_

**Motivo de la exención** (*marque todas las que correspondan*):

Baja asistencia estudiantil debido a una epidemia

Fechas de baja asistencia: \_\_\_\_\_

Cierre forzado impuesto por el departamento de salud local o unidad de gobierno local

Fechas de cierre: \_\_\_\_\_

Cierre forzado debido a la presencia de una exposición a COVID-19

Fechas de cierre: \_\_\_\_\_

Cierre voluntario basado en la decisión del  Propietario  Junta (*marque una*)

Fechas de cierre: \_\_\_\_\_

Certifico que este es un reporte verdadero y real de la asistencia mensual a mi programa y entiendo que al solicitar el pago total de los días elegibles de atención, acepto pagarle a mi personal por todas las horas de trabajo programadas, independientemente del cierre o las reducciones en los servicios.

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_