



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner



James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #06-164-OPE

REVISION TO CHILD CARE APPOINTMENT FORMS W-273NN AND W-667C

Date: December 18, 2006	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform Job Center staff that the Child Care Return Appointment (W-273NN) and the Child Care Appointment Confirmation and Contact List (W-667C) have been revised to include references to the:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Child Care Provider Enrollment Supplement (W-274W) • Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (LDSS-4699) • Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care (LDSS-4700) <p>Samples of the W-273NN and W-667C are attached.</p> <p>Center Directors must ensure that all prior versions of the W-273NN and W-667C are removed from circulation and recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p>
<p> Please use Print on Demand to obtain copies of forms.</p>	<p>Attachments:</p> <p>W-273NN Child Care Return Appointment (Rev. 12/14/06)</p> <p>W-273NN (S) Child Care Return Appointment (Spanish) (Rev. 12/14/06)</p> <p>W-667C Child Care Appointment Confirmation and Contact List (Rev. 12/14/06)</p> <p>W-667C (S) Child Care Appointment Confirmation and Contact List (Spanish) (Rev. 12/14/06)</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
send an e-mail to *FIA Call Center*



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

Child Care Return Appointment
Please return for the following reason(s)

(I) CHILD CARE IS NEEDED

133S (Participant/Sanctioned Individual)

933S (Applicant)

Document required:

(II) ADDITIONAL INFORMATION IS NEEDED

133D (Participant/Sanctioned Individual)

933S (Applicant)

Check the boxes that apply

Check all that apply

- Complete and return all documentation provided for (s) provided
- Secure and return all documentation listed

- LDSS-4700
- W-274W

Documents required:

I will bring the above-mentioned documentation with me to my new appointment.

I will return to this **mandatory appointment** on:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Applicant/Participant/Sanctioned Individual's Signature Date

Worker's Signature Date



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____

Cita Subsiguiente de Cuidado Infantil
Favor de regresar por la(s) siguiente(s) razón(es)

(I) SE NECESITA CUIDADO INFANTIL

133S (Participante/Persona Sancionado[a])

933S (Solicitante)

Documentos requeridos:

(II) SE NECESITA INFORMACIÓN ADICIONAL

133D (Participante/Persona Sancionado[a])

933S (Solicitante)

Marque la(s) casilla(s) que correspondan

- Llene y devuelva el formulario de inscripción al programa de cuidado infantil
- Consiga y devuelva toda la documentación listada

- LDSS-4699
- LDSS-4780
- W-274W

Documentos requeridos:

Yo traeré toda la documentación antemencionada a mi nueva cita.

Yo regresaré a esta **cita obligatoria** el:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma del Solicitante/Participante/Individuo Sancionado

Fecha

Nombre de Trabajador

Fecha



Child Care Appointment Confirmation and Contact List

Parent/Guardian's Name: _____ Case Number: _____

I understand that I must be employed and/or participating in a work-related activity.

I understand that in order for me to obtain or to continue with employment and/or participating in a work-related activity, child care arrangements must be in place for my child(ren) who need(s) care. I will confirm these child care arrangements by keeping the following two child care appointments that were made for me.

Provider Name (Worker-Referred)	Telephone Number	Appointment	
Provider Address (Worker-Referred)		Date	Time

PROVIDER: Are there any available openings? Yes No

License No.: _____ Provider's Signature: _____



Reason for not choosing this provider (your reason must include one of the following):

The provider was not open for the days or hours needed or could not care for your child's special needs.

You were unable to get to the provider by car or public transportation.

The provider is not accessible because the travel distance from your home to the child care provider and then to your work activity exceeds 1 hour and 30 minutes.

Other: _____

Provider Name (Worker-Referred)	Telephone Number	Appointment	
Provider Address (Worker-Referred)		Date	Time

PROVIDER: Are there any available openings? Yes No

License No.: _____ Provider's Signature: _____

Reason for not choosing this provider (your reason must include one of the following):

The provider was not open for the days or hours needed or could not care for your child's special needs.

You were unable to get to the provider by car or public transportation.

The provider is not accessible because the travel distance from your home to the child care provider and then to your work activity exceeds 1 hour and 30 minutes.

Other: _____

If I locate a provider on my own, I will write the name, address and telephone number of the provider on the form; in addition, I will have the provider sign the form.

Provider Name (Self-Referral)	Telephone Number	Appointment	
Provider Address (Self-Referral)		Date	Time

PROVIDER: Are there any available openings? Yes No

License No.: _____ Provider's Signature: _____

Reason for not choosing this provider (your reason must include one of the following):

- The provider was not open for the days or hours needed or could not care for your child's special needs.
- You were unable to get to the provider by car or public transportation.
- The provider is not accessible because the travel distance from your home to the child care provider and then to your work activity exceeds 1 hour and 30 minutes.
- Other: _____



Provider Name (Self-Referral)	Telephone Number	Appointment	
Provider Address (Self-Referral)		Date	Time

PROVIDER: Are there any available openings? Yes No

License No.: _____ Provider's Signature: _____

Reason for not choosing this provider (your reason must include one of the following):

- The provider was not open for the days or hours needed or could not care for your child's special needs.
- You were unable to get to the provider by car or public transportation.
- The provider is not accessible because the travel distance from your home to the child care provider and then to your work activity exceeds 1 hour and 30 minutes.
- Other: _____

I will accept one of the Worker- or self-referred openings or seek other licensed or "legal" informal care so I can participate in my activity as noted above.

If I use regulated care, I understand I must also obtain all of the needed medical/immunization records so that my child(ren) can start as soon as possible.

I will provide a written explanation if I do not accept the two Worker-referred providers or am unable to locate a legal informal provider.

I understand that I have an appointment to bring back this form, the child care provider enrollment form(s) (**LDSS-4699/LDSS-4700** and/or **W-274W**) provided to me and other supporting documentation (if applicable) no later than _____ or risk being found ineligible for benefits.
(return appointment date)

Parent/Guardian's Signature

Date

JOS/Child Care Worker's Signature

Date

SAMPLE



Confirmación y Lista de Contacto de Cita de Cuidado Infantil

Nombre de Padre/Madre/Tutor: _____ Número del Caso: _____

Entiendo que debo estar empleado(a) y/o participando en una actividad relacionada con el trabajo.

Entiendo que para conservar mi empleo y/o seguir participando en una actividad relacionada con el trabajo, el cuidado de mi(s) hijo(a)(s) debe haber sido previamente concertado. Además, confirmaré los arreglos de cuidado infantil en cuestión acudiendo a las siguientes dos citas de cuidado infantil que se han programado para mí.

Nombre del Proveedor (Asignado por Trabajador)	Número de Teléfono	Cita	
Dirección del Proveedor (Asignado por Trabajador)		Fecha	Hora

PROVEEDOR: ¿Hay vacantes disponibles? Sí No

Número de Licencia: _____ Firma del Proveedor: _____

Razón por la que no ha escogido a este proveedor (la razón tiene que incluir una de las siguientes):

- El proveedor no se encontraba disponible para los días u horas necesitadas o no podía atender las necesidades especiales de su hijo.
- Usted no pudo llegar hasta el proveedor mediante carro o transporte público.
- El proveedor no es accesible debido a que la distancia desde la casa de usted y al proveedor de cuidado infantil y desde ahí a su actividad de trabajo excede de 1 hora y 30 minutos.
- Otro: _____

Nombre del Proveedor (Asignado por Trabajador)	Número de Teléfono	Cita	
Dirección del Proveedor (Asignado por Trabajador)		Fecha	Hora

PROVEEDOR: ¿Hay vacantes disponibles? Sí No

Número de Licencia: _____ Firma del Proveedor: _____

Razón por la que no ha escogido a este proveedor (la razón tiene que incluir una de las siguientes):

- El proveedor no se encontraba disponible para los días u horas necesitadas o no podía atender las necesidades especiales de su hijo.
- Usted no pudo llegar hasta el proveedor mediante carro o transporte público.
- El proveedor no es accesible debido a que la distancia desde la casa de usted y al proveedor de cuidado infantil y desde ahí a su actividad de trabajo excede de 1 hora y 30 minutos.
- Otro: _____

Si localizo algun proveedor por mi cuenta proporcionaré el nombre, dirección y teléfono del proveedor en el formulario, además haré que el proveedor firme el formulario.

Nombre del Proveedor (Asignado Sí Mismo)	Número de Teléfono	Cita	
Dirección del Proveedor (Asignado por Sí Mismo)		Fecha	Hora

PROVEEDOR: ¿Hay vacantes disponibles? Sí No

Número de Licencia: _____ Firma del Proveedor: _____

Razón por la que no ha escogido a este proveedor (la razón tiene que incluir una de las siguientes):

- El proveedor no se encontraba disponible para los días u horas necesitadas o no podía atender las necesidades especiales de su hijo.
- Usted no pudo llegar hasta el proveedor mediante carro o transporte público.
- El proveedor no es accesible debido a que la distancia desde la casa de usted y al proveedor de cuidado infantil y desde ahí a su actividad de trabajo excede de 1 hora y 30 minutos.
- Otro: _____



Nombre del Proveedor (Asignado Sí Mismo)	Número de Teléfono	Cita	
Dirección del Proveedor (Asignado por Sí Mismo)		Fecha	Hora

PROVEEDOR: ¿Hay vacantes disponibles? Sí No

Número de Licencia: _____ Firma del Proveedor: _____

Razón por la que no ha escogido a este proveedor (la razón tiene que incluir una de las siguientes):

- El proveedor no se encontraba disponible para los días u horas necesitadas o no podía atender las necesidades especiales de su hijo.
- Usted no pudo llegar hasta el proveedor mediante carro o transporte público.
- El proveedor no es accesible debido a que la distancia desde la casa de usted y al proveedor de cuidado infantil y desde ahí a su actividad de trabajo excede de 1 hora y 30 minutos.
- Otro: _____

Aceptaré una de las vacantes disponibles asignadas por el Trabajador o por sí mismo buscaré otro cuidado autorizado o informal "legal" para poder participar en mi actividad como se indica más arriba.

Si utilizo cuidado reglamentado, entiendo que también debo obtener todos los expedientes médicos o de inmunización necesarios para que mi(s) hijo(a)(s) pueda(n) comenzar lo más pronto posible.

En caso de no aceptar a los dos proveedores asignados por el Trabajador, o de no poder conseguir a un proveedor informal ilegal, he de proporcionar una explicación al respecto por escrito.

Entiendo que tengo una cita para devolver este formulario, el/los formulario(s) de inscripción el proveedor de cuidado infantil (**LDSS-4699-S/LDSS-4700S** y/o **W-274W [S]**) y otros documentos justificativos (si corresponden) a más tardar el _____ más tardar el _____ o de lo contrario me arriesgo a
(fecha de cita de regreso)

que se me considere inelegible con respecto a beneficios.

SAMPLE

Firma del Padre/Madre

Firma del JOS/Trabajador

Fecha