

Janet T. Mills
Governor

Jeanne M. Lambrew, Ph.D.
Commissioner



Maine Department of Health and Human Services
Child and Family Services
11 State House Station
2 Anthony Avenue
Augusta, Maine 04333-0011
Tel.: (207) 624-7900; Toll Free: (877) 680-5866
TTY: Dial 711 (Maine Relay); Fax: (207) 287-6308

ASSUNTO: Solicitação de dados do Prestador de Serviços

Prezado Prestador de Serviços:

Bem-vindo ao Programa Auxílio-Creche do Departamento de Saúde Pública e Serviço Social. Este programa auxilia no pagamento de serviços de creche para famílias com renda elegível, que estão empregadas ou frequentando um programa educacional aprovado.

Para ser aprovado como um Prestador de Serviços, as seguintes informações são necessárias:

- O contrato de prestação de serviços preenchido (em anexo)
- Formulário de Autorização de Prestador de Serviços e Formulário W-9 do Estado do Maine (em anexo)
- Uma cópia em branco da ficha de entrada e saída
- Ficha de Dados do Prestador de Serviços (em anexo)
- Uma cópia do Certificado/Licença do Departamento de Saúde Pública e Serviço Social (DHHS)
- Todos os prestadores de serviços licenciados são obrigados a participar do *Quality for Me*, do Sistema de Avaliação e Melhoria da Qualidade (QRIS) do Maine.
- Envie uma cópia do seu certificado QRIS.
- Caso deseje receber os pagamentos do Auxílio-Creche por depósito direto, preencha o formulário de depósito direto em anexo e
- inclua um cheque invalidado ou uma declaração da instituição financeira confirmando seus dados bancários.
- O treinamento online sobre saúde e segurança deve ser concluído no prazo de 90 dias após se tornar um prestador de serviços aprovado pela CCSP.

O financiamento para este programa é limitado. Caso um dos pais ou responsável se qualifique para o subsídio, mas o financiamento não estiver disponível, o nome ficará em uma lista de espera aguardando a disponibilidade do recurso.

Em caso de dúvidas, entre em contato pelo número 1-877-680-5866, (207) 624-7999 ou pelo e-mail CCSP.DHHS@Maine.gov.

Para acessar o site do Programa Auxílio-Creche, consulte: <http://www.maine.gov/dhhs/ocfs/ec/occhs/step.htm>

Atenciosamente,
Especialista em Recursos Financeiros



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PRESTADOR DE SERVIÇOS LICENCIADO

Para se qualificar como um Prestador de Serviços licenciado, os prestadores de serviços devem se enquadrar conforme segue:

1. **Creche domiciliar** significa a residência legal do prestador de serviços licenciado onde o prestador de serviços oferece cuidados infantis licenciado em qualquer horário do dia, para crianças de três a doze anos (3-12) que não são filhos do prestador de serviços.
2. **Creche** significa uma entidade licenciada pelo Departamento onde um Prestador de Serviços mantém ou de outra forma presta Serviços de Creche, em qualquer horário do dia, para treze (13) ou mais crianças.
3. **Maternal** significa uma entidade licenciada pelo Departamento onde um cuidador mantém ou de outra forma fornece Serviços de Cuidados Infantis, em qualquer horário do dia, de três (3) a não mais do que doze (12) crianças.
4. **Prestador de Serviços de Cuidados Infantis** licenciado pela Unidade de licenciamento de cuidados infantis do DHHS de Nova Hampshire.

O PRESTADOR DE SERVIÇOS DEVE OBRIGATORIAMENTE CONCORDAR COM TODOS OS REGULAMENTOS A SEGUIR:

1. Os prestadores de serviços devem prestar serviços de cuidados infantis conforme especificado e de acordo com as Regras do Auxílio-Creche do Estado.
2. Os Prestadores de Serviços Licenciados e Isentos de Licença (excluindo Parentes Prestadores de Serviços) são obrigados a enviar o atestado de antecedentes criminais de todos os funcionários atuais e potenciais, todos os adultos que residam no local onde os serviços de cuidados infantis estão sendo prestados, quaisquer indivíduos cujas atividades envolvam o cuidado ou supervisão de Crianças ou que tenham acesso não supervisionado a Crianças e ao próprio Prestador de Serviços, conforme exigido pela lei federal (45 CFR § 98.43).
3. Os Prestadores de Serviços devem se inscrever no *Maine Roads to Quality* e Quality for ME, Sistema de Avaliação e Melhoria da Qualidade (QRIS).
4. Todos os Prestadores de Serviços, professores e diretores associados aos Prestadores de Serviços (excluindo Parentes Prestadores de Serviços) devem obrigatoriamente ter atingido uma classificação mínima na Etapa Um (1) do *Maine Roads to Quality* e concluído com êxito o Treinamento de Orientação Aprovado pelo Departamento que inclui, no mínimo, os Padrões de Saúde e Segurança abaixo, no prazo de noventa (90) dias corridos a partir do início de seu trabalho com Crianças, conforme exigido pela lei federal (45 CFR § 98.41):
 - a. Consulte a rede PDN do *Maine Roads to Quality* na página <https://mrtq.org/> para acessar o treinamento gratuito online de 6 horas sobre Orientação de Saúde e Segurança ou o Treinamento anual de Saúde e Segurança.

- b. Para treinamento de prestadores de serviços e/ou assistência técnica, inclusão social (*Inclusion Warm Line*), ou assistência para afastamento e suspensão, ligue para (844) 209-5964 ou consulte mrtq.warmline@maine.edu
5. É exigido que os prestadores de serviços devem prestar contas ao estado, território ou tribo indígena designados sobre quaisquer ferimentos graves ou mortes de crianças em um ambiente de cuidados infantis.
6. Os prestadores de serviços devem obrigatoriamente notificar de imediato o Departamento de Saúde Pública e Serviços Sociais em caso de qualquer doença contagiosa ou potencial ameaça à saúde pública.
7. Todos os funcionários do centro de cuidados infantis devem ser informantes obrigatórios; o que significa que todo o pessoal do centro é obrigado a prestar contas sobre qualquer suspeita de incidente de abuso ou negligência infantil e deve concluir no mínimo uma vez a cada 4 anos o treinamento de informante obrigatório aprovado pelo departamento. O treinamento está disponível na página: <https://www.maine.gov/dhhs/ocfs/mandated-reporters.shtml>
8. Os prestadores de serviços devem obrigatoriamente aceitar todas as recomendações do Departamento de Saúde Pública e Serviços Sociais, sem discriminação com relação a raça, cor, nacionalidade, descendência, idade, sexo, religião ou necessidades especiais.
9. Cobrança de taxa dos pais:
 - a. Cobrar dos pais o pagamento semanalmente, conforme especificado na declaração de concessão do benefício do Auxílio-Creche.
 - b. Cobrar um valor total que não exceda o valor de prestação de serviços cobrado a outros pais para serviços de cuidados infantis equivalentes.
 - c. Mantenha um diário de entrada de caixa de todos os pagamentos cobrados dos pais que estão recebendo o Auxílio-Creche e entregue aos pais um recibo dos valores pagos.
 - d. Reembolsar quaisquer pagamentos indevidos aos pais dentro de trinta (30) dias.
10. Reembolso
 - a. Para ser processado, o formulário de reembolso do Departamento de Saúde Pública e Serviço Social deve obrigatoriamente ser preenchido, assinado e enviado por correio, e-mail, online ou fax quinzenalmente de acordo com o calendário de faturamento emitido pelo Departamento de Saúde Pública e Serviço Social. O prestador de serviços pode enviar as faturas das semanas anteriores às sextas-feiras às 17:00. O prestador de serviços deve obrigatoriamente enviar as faturas das semanas anteriores até quarta-feira às 12:00.
 - b. Os prestadores de serviços não podem enviar faturas e retificações com mais de sessenta (60) dias.
 - c. O prestador de serviços deve obrigatoriamente manter um sistema de registro dos dias e número de horas que a(s) criança(s) esteve(tiveram) sob a supervisão do prestador de serviços de cuidados infantis. Este sistema deve também obrigatoriamente registrar as ausências inaceitáveis e as ausências com motivos aceitáveis para cada criança no histórico de frequência. É exigido que os pais assinem esses registros de frequência ou um sistema de identificação exclusivo para indicar que concordam com o número de

horas de cuidados prestados semanalmente. Os registros de presença diária devem obrigatoriamente ser guardados por um período mínimo de três (3) anos.

- d. Para manter a continuidade dos serviços de cuidados infantis, o Departamento pagará aos prestadores de serviços os dias de feriados federais e estaduais, até quatro (4) dias para treinamentos e até uma (1) semana para férias do prestador de serviços em um período de doze (12) meses.
- e. Ao Departamento de Saúde Pública e Serviço Social reserva-se o direito de realizar auditorias no local ou no escritório sem aviso prévio aos prestadores de serviços que estão recebendo o Auxílio-Creche.

11. Relatório

Quando o Prestador de Serviços relatar ao Departamento que uma Criança teve mais de vinte horas (20) de Ausências Inaceitáveis em um mês, os Pais receberão uma carta esclarecendo a política com relação a Ausências Inaceitáveis. Quando uma Criança está ausente do programa por mais de duas (2) semanas consecutivas pelo mesmo Motivo Aceitável, o Prestador de Serviços deverá obrigatoriamente obter a aprovação prévia por escrito do Departamento para continuar recebendo o Pagamento do Auxílio-Creche.

- i. **Ausência Inaceitável** significa o não comparecimento de uma Criança na creche por mais de dois (2) dias corridos por mês, sem um Motivo Aceitável ou aprovação prévia do Departamento.
 - ii. **Motivo Aceitável** significa as razões aprovadas pelo Departamento para a ausência de uma Criança a partir da programação do Prestador de Serviços, incluindo, sem limitação: Feriados federais/estaduais; férias dos pais; condições climáticas severas definido como um dia de neve quando as escolas locais estão fechadas; se a Criança está doente ou outro membro imediato da família; compromissos; problemas de transporte que afetam a capacidade dos pais de transportarem a criança para a o local de prestação de serviços, visitas familiares: Emergências familiares, incluindo, mas não se limitando a, cirurgia, tratamentos médicos ou acidentes; ou eventos catastróficos que afetam a Família, incluindo, mas não se limitando a incêndios, tempestades ou acidentes.
 - iii. Durante as férias de verão, as crianças que não estiverem sob cuidados devido a acordos de visitação dos pais, terão o Programa de Auxílio-Creche (CCSP) colocado “em espera”.
- a. Notifique imediatamente o Departamento de Saúde Pública e Serviço Social se um dos pais rescindir os serviços antes da data de término autorizada na declaração de concessão do Auxílio-Creche ou no contrato. Informe se os pagamentos das 2 semanas anteriores foram pagos de forma integral.
 - b. Notifique o Departamento de Saúde Pública e Serviço Social e os pais com no mínimo (12) dias corridos de antecedência da data de rescisão dos serviços.
 - c. As crianças serão consideradas em idade escolar se completarem cinco (5) anos de idade em ou antes do dia 15 de outubro, exceto se o Departamento for notificado de que a Criança não frequentará a escola, a faixa etária escolar será aplicada ao pagamento;

- d. Para crianças em idade escolar, os cuidados em tempo integral serão aplicados nas férias escolares. Os serviços de meio período, metade do período, um quarto do período serão baseados no trabalho dos pais e na programação escolar da criança.

12. Manutenção de Registros

- a. O Prestador de Serviços manterá, guardará e enviará ao Departamento, mediante solicitação, as listas de frequência diária; as listas devem ser guardadas por no mínimo três (3) anos.
- b. O Provedor de Serviços deve emitir um recibo após o pagamento da Taxa dos Pais e guardar as cópias de todos os recibos nos arquivos do estabelecimento e manter os registros fiscais de todas as transações por um período mínimo de três (3) anos.
- c. É exigido que os Pais e Prestadores de Serviços assinem as listas de presença ou tenham um sistema de identificação semanal, no mínimo.
- d. Os históricos de frequência do Prestador de Serviços devem estar alinhados com os formulários de faturamento enviados.
- e. Mantenha a confidencialidade de todos os registros e outras informações relativas aos pais e/ou aos filhos, com exceção de divulgações autorizadas para funcionários do Departamento de Saúde Pública e Serviço Social ou outro órgão estadual ou federal autorizado, funcionários dos órgãos de acordo com a lei

13. Valores

- a. O(s) valor(es) do contrato do Auxílio-Creche estarão em vigor durante a vigência deste Contrato. Quando um dos pais relatar uma mudança nas circunstâncias que afetem o valor do benefício recebido e/ou pagamento do Auxílio-Creche, a mudança entrará em vigor após a redefinição de elegibilidade e a execução de um novo valor de benefício do Auxílio-Creche.
- b. O(s) valor(es) do Auxílio-Creche não deve(em) ser maior(es) do que o(s) valor(es) das tarifas cobradas aos pais que pagam particular pelo mesmo tipo de programa. Caso o prestador de serviços de cuidados infantis tenha como política exigir um depósito único, taxa para registro ou taxa de inscrição a todos os pais, os pais serão responsáveis por essas taxas.
- c. Uma vez concluída a matrícula, a única taxa que o pai/mãe que recebe o Auxílio-Creche deverá pagar é a taxa dos pais, com exceção daquelas indicadas nas regras do Auxílio-Creche. Nenhuma outra taxa ou custo deverá ser cobrado dos pais. As taxas dos pais só poderão ser cobradas nas semanas em que o Auxílio-Creche (CCSP) for faturado.
- d. Para fins de matrícula e faturamento dos serviços com bebês, crianças pequenas e crianças pré-escolares, o período integral é de trinta (30) horas ou mais por semana; o meio período é mais de vinte (20), mas menos de trinta (30) horas por semana; metade do período é mais de dez (10), mas menos de vinte (20) horas por semana; e um quarto do um período é mais de uma (1), mas menos de dez (10) horas por semana. O faturamento deve coincidir com esses horários.

- e. Para fins de matrícula e faturamento dos serviços com crianças em idade escolar, o período integral é de trinta (30) horas ou mais por semana; o meio período é mais de onze (11), mas menos de trinta (30) horas por semana; metade do período é mais de seis (6), mas menos de onze (11) horas por semana; e um quarto do um período é mais de uma (1), mas menos de seis (6) horas por semana. O faturamento deve coincidir com esses horários.
- f. O Auxílio-Creche poderá continuar até os doze (12) anos de idade ou para quem está completando treze (13) durante o período de concessão do benefício e poderá incluir uma criança entre os treze (13) e os dezoito (18) anos que foi determinado por um profissional ser uma criança com deficiência.

14. Responsabilidades do Departamento

- a. Se o formulário de faturamento do Prestador de Serviços estiver sem erros e for enviado ao Departamento dentro do prazo estipulado no Contrato de Prestação de Serviços, o Departamento pagará o benefício ao Prestador de Serviços no prazo de vinte e um (21) dias corridos a partir do recebimento.
- b. Enviar ao Prestador de Serviços uma cópia da Notificação de Rescisão emitida aos pais ou use uma forma alternativa de notificação se não for permitido o compartilhamento de informações confidenciais com o Prestador de Serviços.

15. Visitas no local

- a. Incentivar a visita de pais e filhos ao programa, antes da aceitação.
- b. Incentivar o envolvimento dos pais, permitir o acesso ilimitado dos pais e fornecer informações aos pais sobre as atividades da criança.
- c. Permitir visitas ao local pelo pessoal do Departamento de Saúde Pública e Serviço Social. As visitas ao local podem incluir visitas aleatórias não comunicadas e visitas planejadas.

Janet T. Mills
Governor

Jeanne M. Lambrew, Ph.D.
Commissioner



Maine Department of Health and Human Services
Child and Family Services
11 State House Station
2 Anthony Avenue
Augusta, Maine 04333-0011
Tel.: (207) 624-7900; Toll Free: (877) 680-5866
TTY: Dial 711 (Maine Relay); Fax: (207) 287-6308

Contrato de Prestação de serviços de Provedor isento de licença

Nome do Provedor de serviços: _____

Endereço físico: _____

Endereço para correspondência: _____

Condado: _____ Telefone: _____ Fax: _____

Idioma: _____ E-mail: _____

Número de Previdência social/EIN: _____ Data de nascimento: _____ Número da fatura: _____
(Somente o prestador de serviços atual)

Tipo de Provedor de serviços de Cuidados infantis (Circule):

Provedor de serviços em domicílio (na casa dos pais)

Provedor de serviços isento de licença

Programa de lazer

Você já recebeu alguma multa por cancelamento da Licença? Não Sim

Em caso afirmativo, informe a Data do cancelamento e o Número da licença _____

Liste o valor cobrado por certo período de horas. Caso o valor não for informado, você receberá o Valor atual de mercado.

	Valor de período integral	Valor de meio período	Valor de metade do período	Valor de um quarto do período
Bebês (6 semanas a < 13 meses)	30 horas ou mais por semana	20-29 horas por semana	10-19 horas por semana	1-9 horas por semana
Valor para crianças pequenas (13 meses a 36 meses)	30 horas ou mais por semana	20-29 horas por semana	10-19 horas por semana	1-9 horas por semana
Valor pré-escola (36 meses para matriculados no Jardim da infância [Kindergarten] em período integral	30 horas ou mais por semana	20-29 horas por semana	10-19 horas por semana	1-9 horas por semana
Valor para idade escolar (matriculado na escola)	30 horas ou mais por semana	11-29 horas por semana	6-10 horas por semana	1-5 horas por semana

Você cobra alguma taxa de inscrição? Sim Não

Datas de vigência do Contrato de prestação de serviços de creche

Os valores do Programa Auxílio-Creche não estarão em vigor até serem aprovados pelo Departamento de Saúde Pública e Serviço Social e os valores só podem ser alterados anualmente ou após a conclusão deste Contrato. Este Contrato não entrará em vigor até ser assinado por ambas as partes.

Este contrato entrará em vigor a partir de 05/07/2024, momento em que um novo Contrato deverá obrigatoriamente ser assinado se for dada continuidade à prestação de serviços. O Contrato poderá ser rescindido por qualquer uma das partes mediante notificação por escrito após 12 (doze) dias ou suspenso imediatamente por motivo emergencial pelo Departamento de Saúde Pública e Serviço Social.

Entendo que estou firmando este Contrato como prestador de serviços independente e não posso, de forma alguma, ser considerado funcionário do governo estadual ou federal. Também concordo em isentar de responsabilidade os governos estadual e federal por quaisquer danos a pessoa(s) ou bens, que possam surgir da prestação de serviços sob este Contrato.

Concedo permissão para que o Departamento de Saúde Pública e Serviço Social tenha acesso às informações do Departamento de Saúde Pública e Serviço Social e do Departamento de Veículos Motorizados no que diz respeito à minha capacidade de cuidar de crianças.

Entendo as políticas contidas neste Contrato e concordo em cumpri-las por completo. Além disso, declaro que os valores listados estão aprovados de acordo com a política do Auxílio-Creche. Eu entendo que após uma análise mais detalhada dos valores pelo Departamento de Saúde Pública e Serviços Humanos, será exigida a apresentação de uma justificativa para cobrança de tal(is) valor(es), ou o(s) valor(es) serão ajustados de acordo com a análise.

ASSINATURA OBRIGATÓRIA: Assine, coloque a data e devolva

Certifico, sob pena de perjúrio, que, até onde eu saiba, as informações acima são verdadeiras. Entendo que essas informações serão enviadas ao Departamento de Saúde Pública e Serviço Social para uso da administração deste programa. Autorizo o órgão a verificar essas informações por todos os meios necessários.

Assinatura do Provedor de serviços isento de licença

Data

Assinatura do Departamento de Saúde Pública e Serviço Social do
Maine

Data

► Envie o formulário preenchido a:

**Child Care Subsidy Program
2 Anthony Avenue
11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011**

**EMAIL CCSP.DHHS@Maine.gov
Ou FAX 207-287-6308**



ESTADO DO MAINE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL
Atendimento a Menores e Famílias
Programa Auxílio-Creche – Ficha de dados do Provedor de serviços

*** Solicite ao seu Provedor de serviços que preencha este formulário ***

Provedor de Serviços responsável pelo preenchimento	
1. Nome do Pai/Mãe:	
2. Nome(s) da(s) Criança(s):	
3. Para quando está previsto a criança começar a frequentar o programa?	
Informações do Provedor de serviços	
1. Nome da empresa:	2. Qual é o seu nível de etapa do QRIS:
3. Nome da pessoa de contato:	4. Telefone:
5. Endereço:	
6. Endereço de e-mail:	
7. Você atualmente participa das Classificações de qualidade e sistemas de melhoria do Maine (QRIS)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8. Tipo de prestador de serviços: (selecione abaixo)	
<input type="checkbox"/> Licenciado	Número da licença:
<input type="checkbox"/> Provedor de serviços isento de licença	* Os documentos para verificação de antecedentes criminais podem levar até 45 dias para serem processados* * Documentos adicionais serão enviados para conclusão * <ul style="list-style-type: none">• É obrigatório ter 18 anos de idade e não é permitido residir no mesmo endereço que os menores); e• Só é permitido prestar cuidados para no máximo duas (2) crianças• É obrigatório ser residente do Maine por 6 meses
<u>Assinale um:</u>	
Na casa do <u>Provedor</u> de serviços:	Sem <input type="checkbox"/> parentesco Com parentesco (é obrigatório indicar o <input type="checkbox"/> vínculo) _____
Na casa do <u>Criança</u> :	Sem <input type="checkbox"/> parentesco Com parentesco (é obrigatório indicar o <input type="checkbox"/> vínculo) _____
Programa para Idade escolar /lazer <input type="checkbox"/>	

Ao assinar abaixo, você reconhece que o Programa Auxílio-Creche não efetua pagamento retroativo e os pais são responsáveis por todos os pagamentos até que você receba uma declaração de concessão do benefício. Caso seja um novo prestador de serviços do Programa Auxílio-Creche, você receberá documentos adicionais que precisam ser preenchidos.

Nome do Provedor de serviços (impresso): _____ Idioma preferido: _____

Assinatura do Provedor de serviços: _____ Data: _____

*** Assinatura obrigatória – Assine, coloque a data e envie ao seguinte endereço:**

**Department of Health and Human Services
Office of Child and Family Services
Child Care Subsidy Program
2 Anthony Avenue
11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011**

Tel: (207) 624-7999

Fax: (207) 287-6308

Ligação Gratuita: 1-877-680-5866

E-mail: CCSP.DHHS@Maine.gov

Usuários com deficiência auditiva devem ligar para 711 Maine relay



Quem está qualificado para se matricular no *Quality for ME*?

Creches licenciadas, programas de creche domiciliar e programas *Head Start* (pré-escola gratuita) estão qualificados para se inscrever no *Quality for ME* caso:

- ✓ O programa atenda aos regulamentos de licenciamento e não tenha nenhuma violação grave de licenciamento nos últimos doze meses.
- ✓ Todos os funcionários que trabalham no programa sejam membros do *Maine Roads to Quality Registry*.

Quem é obrigado a se inscrever no *Quality for ME*?

Os programas de cuidados infantis licenciados que desejam receber os recursos do Programa Auxílio-Creche (CCSP) são obrigados a se inscreverem no *Quality for ME*. Todos os programas *Head Start* no Maine que recebem financiamento do estado também devem se inscrever.

Como um programa se inscreve no *Quality for ME*?

- ✓ Deve-se assegurar que todos os funcionários que trabalham no programa são membros do *Maine Roads to Quality Registry*. Se o diretor/administrador do programa tiver Acesso ao Registro como diretor, ele poderá consultar essas informações online: <https://mrtq-registry.org>

Quaisquer outras dúvidas, podem ser direcionadas a Eric Norgaard do *Maine Roads to Quality Professional Development Network* (MRTQ PDN) pelo tel. 888-900-0055.

- ✓ Assim que todos os funcionários forem confirmados como membros do *Maine Roads to Quality Registry*, o diretor/administrador do programa poderá preencher o formulário *Quality for ME* online: <https://www.earlycaremaine.org/>

O que é exigido de um programa depois de inscrito no *Quality for ME*?

- ✓ Os programas devem manter um caderno de anotações ou sistema de arquivo online com a documentação de suporte às respostas autorrelatadas no formulário (por exemplo, atas de reuniões da equipe). Os programas podem ser selecionados aleatoriamente para uma análise documental. O formulário descreve a documentação necessária em cada etapa.

Informações adicionais:

- ✓ *Quality for ME* informações do Departamento de Saúde Pública e Serviço Social do Maine, Unidade de Atendimento a Menores e Famílias: <https://www.maine.gov/dhhs/ocfs/ec/occhs/qualityforme.htm>

Entre em contato com a rede PQN MRTQ, por e-mail mrtq.registry@maine.edu, telefone 1-888-900-0055, ou online na página <https://mrtq.org>



Substituto do W-9 do Estado do Maine e Formulário de Autorização do provedor

OBJETIVO: Criar ou atualizar uma conta no sistema contábil do Estado do Maine. Preencha este formulário se: 1) Você for receber o pagamento do Estado do Maine, e/ou 2) Você for um provedor que presta serviços ou bens para o Estado do Maine.

Este formulário substitui o formulário W-9 IRS de acordo com os termos do IRS para o W-9: "Caso um requerente forneça a você um formulário diferente do Formulário W-9 para solicitar seu Número de identificação do contribuinte (TIN), você deverá usar o formulário do requerente, caso seja consideravelmente semelhante a este Formulário W-9."

ENVIAR:
por correio ao órgão que solicitou o formulário ou que tenha enviado para você ou ao órgão com o qual você está tratando. (por exemplo, DHHS/Trabalho/DEP/Educação/etc.)

Todos os itens com um asterisco (*) devem ser preenchidos.

TIPO DE SOLICITAÇÃO*: (É obrigatório selecionar uma.)

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nova | <input type="checkbox"/> Novo local/Adicional | <input type="checkbox"/> Alterar (Escolher) | <input type="radio"/> Razão social | <input type="radio"/> Nome de registro (DBA) |
| <input type="checkbox"/> Solicitação | <input type="checkbox"/> Entrada | <input type="radio"/> Endereço de faturamento | <input type="radio"/> Endereço do pedido | <input type="radio"/> Dados de contato |

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CONTRIBUINTE* (TIN) (Apresente apenas UM)

Número da previdência social (SSN) - - **OU** Número de contribuinte do órgão público (FEIN) -

Tipo de empresa * Escolha UMA Pessoa física **OU** Empresa

Classificação * Escolha UMA	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Empresa individual	<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> estrangeira (preenchimento obrigatório do W-8)	<input type="checkbox"/> Sociedade
	<input type="checkbox"/> Estrangeiro não-residente		<input type="checkbox"/> Fiduciário	<input type="checkbox"/> Gov. estadual	<input type="checkbox"/> Outro gov.
			<input type="checkbox"/> Outros		

RAZÃO SOCIAL (informação obrigatória: Razão social registrada na Receita Federal (IRS) vinculado ao Número de contribuinte (ID), SSN=nome e sobrenome/FEIN=nome da empresa)

Razão social* Nome fantasia/DBA

Outras Informações	Número do cliente do prestador de serviços (se conhecido) VC#/VS#	Número da conta/cliente/Provedor de serviços (se conhecido)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Endereço de pagamento* Meu **Endereço de faturamento** **Admin. O endereço é o mesmo.**

Endereço A/C

Cidade/Estado/CEP Telefone

Contato*

Nome Telefone Ramal

E-mail Envie as notificações de DD/EFT para o meu e-mail (é necessário o preenchimento do formulário de depósito direto/transferência bancária (EFT))

Contrato/Endereço físico* Meu **Endereço de faturamento** **Admin. O endereço é o mesmo.**

Endereço A/C

Cidade/Estado/CEP Telefone

Contato*

Nome Telefone Ramal

E-mail

Assinatura autorizada, Cargo e data atual*

Sob pena de perjúrio, certifico que: 1) O número informado neste formulário é meu número correto de identificação de contribuinte, e 2) Não estou sujeito à retenção de impostos na fonte porque: (a) estou isento de retenção de impostos na fonte, ou (b) não fui notificado pela Receita Federal (IRS) de que estou sujeito à retenção de impostos na fonte devido a uma falha ao declarar o total de juros ou dividendos, ou (c) a IRS me notificou que não estou mais sujeito à retenção na fonte, e 3) sou cidadão americano ou outra pessoa americana (definido pelo IRS). Ref.: www.irs.gov

PARA USO EXCLUSIVO DO Órgão estadual e Número SHS	Informações do órgão estadual para envio do formulário ao fornecedor Nome da pessoa de contato do órgão e cargo	PARA USO EXCLUSIVO DO Telefone do contato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTADO DO MAINE
FORMULÁRIO DE NOVO PROVEDOR DE SERVIÇOS E ATUALIZAÇÃO DE PROVEDOR DE SERVIÇOS
INSTRUÇÕES

1. TIPO DE SOLICITAÇÃO
 - a. É NOVA?
 - b. Nova localização a ser adicionada? (Adicionar informação em outra existente).
 - c. ALTERAÇÕES na existente? Assinale o tipo
2. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE
 - a. Em caso de pessoa física, será o seu número da previdência social e sendo remunerado nesta categoria. OU
 - b. Em caso de pessoa jurídica, será o seu número de contribuinte como empregador (EIN) e sendo remunerado nesta categoria.
 - c. ❖ OBS.: selecione UM ou outro, NÃO selecione os dois. Se nenhum for selecionado o formulário NÃO será processado.
3. TIPO DE EMPRESA *
 - a. Pessoa física, caso tenha selecionado SSN acima.
 - b. Pessoa jurídica, caso tenha selecionado EIN acima.
 - ❖ OBS.: selecione a que combinar com o número da opção acima. (observe as setas)
4. TIPO DE CLASSIFICAÇÃO
 - a. SSN = Individual = Pessoa física/Empresa individual. /Estrangeiro não residente ~ (Coloque o nome e sobrenome no campo razão social.)
 - b. EIN = Empresa = Corporação/Sociedade/Estrangeira/Órgão estadual /Fiduciário/Outros órgãos do governo/Outros ~ (Coloque o nome da empresa no campo razão social)
5. RAZÃO SOCIAL
 - a. RAZÃO SOCIAL: Nome e sobrenome, caso tenha selecionado SSN na opção acima. OU o nome da empresa, caso tenha selecionado EIN na opção acima.
 - b. Insira aqui o ALIIS/DBA: pseudônimo ou também conhecido como OU o DBA = "doing business as" (nome fantasia).
6. OUTRAS INFORMAÇÕES (adicione outras informações e NÃO o número do TIN)
 - a. Código de provedor de um número que foi atribuído pelo sistema de contabilidade Advantage do estado do Maine. Normalmente, o número de VC ou de VS, (se conhecido)
 - b. Número da conta/cliente/prestador de serviços pode ter sido atribuído pelo DHHS/TRABALHO ou um NPI. (se conhecido)
7. ENDEREÇO DE PAGAMENTO
 - a. Endereço = Rua OU endereço da caixa postal (NÃO ambos)
 - b. Preencha neste espaço, A/C = aos cuidados de) ou ATT. (à atenção de).
 - c. Cidade, estado e CEP
 - d. Telefone = o número de telefone da razão social informada acima.
 - ❖ Meu endereço de FATURAMENTO e ou do escritório é o mesmo que acima. (O Advantage tem 4 tipos de endereços: Pagamento/contrato/faturamento/administrativo)
8. CONTATO
 - a. Nome da pessoa de contato do endereço acima para assuntos relativos a pagamentos.
 - b. Número de telefone e ramal do contato do endereço acima.
 - c. E-mail do contato do endereço acima.
 - ❖ Para receber notificações por e-mail do depósito direto/transferência bancária (EFT) (é necessário que o formulário de depósito direto/EFT seja preenchido.)
9. ENDEREÇO/FÍSICO/CONTRATO ~ seguir número 7 a - d acima para assuntos sobre contratos.
10. ENDEREÇO/FÍSICO/CONTRATO ~ seguir número 8 a - c acima para assuntos sobre contratos.
11. ASSINATURA AUTORIZADA, CARGO E DATA
 a pessoa autorizada a fazer alterações em caso de pessoa física (a própria pessoa se o formulário for para ela mesma) ou empresa.

The image shows the 'State of Maine Substitute W-9 & Vendor Authorization Form'. It includes a header with the state seal and the form's purpose. The form is divided into several sections with numbered annotations (1-11) corresponding to the instructions on the left. Annotations 1-3 point to the 'TYPE OF REQUEST' section. Annotations 4-5 point to the 'TAXPAYER ID NUMBER' and 'LEGAL NAME' sections. Annotations 6-7 point to the 'Payment Address' section. Annotations 8-10 point to the 'Procurement/Physical Address' section. Annotation 11 points to the 'Authorized Signature' section. The form also includes a 'Reset Form' button and a footer with contact information.

FICHA DE ENTRADA/SAÍDA**Nome do Provedor de serviços /Local:** _____

O Provedor de serviços de menores deve obrigatoriamente manter um sistema de registro dos dias e número de horas que a(s) criança(s) esteve(tiveram) sob a supervisão do cuidador.

Os pais devem assinar esses registros de frequência ou um sistema de identificação exclusivo para indicar que concordam com o número de horas de cuidados prestados semanalmente.

O Programa Auxílio-Creche (CCSP) poderá solicitar cópias da ficha de entrada/saída, é necessário guardar estes registros.

Guarde com os seus documentos.

Data:

Dia	Nome da criança	Horário de entrada	Horário de saída	Total de horas por dia	Assinatura dos pais	Motivo das ausências
*Sábado						
*Domingo						
Segunda-feira						
Terça-feira						
Quarta-feira						
Quinta-feira						
Sexta-feira						

Data:

Dia	Nome da criança	Horário de entrada	Horário de saída	Total de horas por dia	Assinatura dos pais	Motivo das ausências
*Sábado						
*Domingo						
Segunda-feira						
Terça-feira						
Quarta-feira						
Quinta-feira						
Sexta-feira						

* Não há expediente aos sábados, domingos e entre as 18h00 e 6h00 de segunda a sexta-feira

FICHA DE ENTRADA/SAÍDA**Nome do Provedor de Serviços /Local:** _____

O Provedor de Serviços deve obrigatoriamente manter um sistema de registro dos dias e número de horas que a(s) criança(s) esteve(tiveram) sob a supervisão do cuidador.

Os **pais devem assinar** esses registros de frequência ou um sistema de identificação exclusivo para indicar que concordam com o número de horas de cuidados prestados semanalmente.

O Programa Auxílio-Creche (CCSP) poderá solicitar cópias da ficha de entrada/saída, é necessário guardar estes registros.

Guarde com os seus documentos.

Data:

Dia	Nome da criança	Horário de entrada	Horário de saída	Total de horas por dia	Assinatura dos pais	Motivo das ausências
*Sábado						
*Domingo						
Segunda-feira						
Terça-feira						
Quarta-feira						
Quinta-feira						
Sexta-feira						

Data:

Dia	Nome da criança	Horário de entrada	Horário de saída	Total de horas por dia	Assinatura dos pais	Motivo das ausências
*Sábado						
*Domingo						
Segunda-feira						
Terça-feira						
Quarta-feira						
Quinta-feira						
Sexta-feira						

* Não há expediente aos sábados, domingos e entre as 18h00 e 6h00 de segunda a sexta-feira

ESTADO DO MAINE
ATIVACÃO/ALTERAÇÃO/SOLICITAÇÃO DE DEPÓSITO DIRETO/TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA (EFT)

ENVIAR POR CORREIO PARA: Dept. of Health & Human Services/OCFS
CCSP Child Care Subsidy Program
11 State House Station
Augusta ME 04333-0011
Informe o órgão ou departamento com o qual você está tratando, (por exemplo, DHHS/Trabalho/DEP)

Solicitamos que nos envie um cheque invalidado ou declaração bancária para verificação de seus dados bancários

Escolha UMA
 NOVA
 ALTERAÇÃO

Nome do beneficiário	<input type="text"/>	TIN do beneficiário	<input type="text"/>	Escolha UMA <input type="checkbox"/> Pessoa física (SSN) <input type="checkbox"/> Pessoa jurídica (EIN)
Nome da pessoa de contato e telefone (se diferente do beneficiário)	<input type="text"/>	*É necessário o número do TIN - Número de identificação de pessoa jurídica ou número da Previdência Social.		
Endereço do beneficiário (Rua/Caixa Postal, Cidade, Estado e CEP)	<input type="text"/>	Código de Provedor de Serviços	<input type="text"/>	Incluir VC ou VS
E-mail	<input type="text"/>	Um número de código de fornecedor (VC/VS) por formulário e pode ser fornecido pelo órgão.		
<input type="checkbox"/> Autorizo o estado do Maine a enviar os dados de pagamento por DD/EFT ao endereço de -mail indicado.				

Ao assinar e retornar este documento, você concorda com a seguinte declaração:

Conforme abaixo-assinado, autorizo o envio dos pagamentos por meio de transferência bancária para a conta indicada abaixo. Eu/nós autorizamos a Agência a iniciar os lançamentos de crédito e débito (apenas para fins de corrigir um crédito incorreto, desde que, antes do débito eu/nós sejamos notificados pela Agência por escrito do motivo) em minha/nossa conta na instituição financeira indicada abaixo. Eu/nós concordamos em notificar os escritórios da Agência imediatamente após a descoberta de quaisquer erros resultantes de transações sob esta autorização e notificar os escritórios da Agência de quaisquer alterações que possam afetar estas instruções ou a capacidade da Agência de confiar nas mesmas. Esta autorização pode ser cancelada por mim/nós a qualquer momento, por meio do envio de uma notificação por escrito à Agência. Ao autorizar(mos) os serviços acima, concordo/concordamos em isentar a Agência e o estado do Maine de toda e qualquer perda, custo, dano ou despesas que eu/nós possamos sofrer como resultado de erros nos depósitos, entradas de crédito ou débito causadas por pessoas que não são funcionários da Agência ou do estado do Maine.

Dados bancários ANTIGOS: Esta seção é APENAS PARA ALTERAÇÕES - Para inserir os dados de um novo banco, pule para a seção NOVA abaixo.

Nome da conta	<input type="text"/>	Número de identificação do banco <small>(Número Transit/ABA)</small>	<input type="text"/>
Nome da instituição financeira	<input type="text"/>	Número da conta	<input type="text"/>
Endereço da instituição financeira (Rua/Caixa Postal, Cidade, Estado, CEP e Telefone)	<input type="text"/>	Escolha UMA <input type="checkbox"/> POUPANÇA <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE	

Você DEVE OBRIGATORIAMENTE nos notificar sobre alterações de seu nome e endereço. e informações de contato preenchendo o formulário de Ativação/Alteração de Provedor. Nossos formulários estão disponíveis no endereço: <http://www.maine.gov/osc/forms/Index.shtml> (Under VENDOR section.)

NOVOS dados bancários * É NECESSÁRIO informar os novos dados bancários neste documento.

Nome da conta*	<input type="text"/>	Número de identificação do banco*	<input type="text"/>
Nome da instituição financeira*	<input type="text"/>	Número da conta*	<input type="text"/>
Endereço da instituição financeira* (Rua/Caixa Postal, Cidade, Estado, CEP e Telefone)	<input type="text"/>	Escolha UMA <input type="checkbox"/> POUPANÇA <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE	

Solicitamos que nos envie um cheque invalidado ou declaração bancária para verificação de seus dados bancários

Assinatura do beneficiário* _____ Data

(Beneficiário) ou Agente autorizado (após o preenchimento, deve ser impresso e assinado)

FORMULÁRIOS INCOMPLETOS NÃO SERÃO PROCESSADOS

Para uso exclusivo da agência
NOME DE CONTATO DA
AGÊNCIA _____

TELEFONE _____ NÚMERO SHS _____

DATA _____
EFT_V6 14/11/2014

Estado do Maine - Instruções para: Solicitação de Ativação/Alteração de Depósito Direto/Transferência Bancária (EFT)

- A. **Enviar por correio para:** Você deverá retornar este formulário e quaisquer outros formulários para o órgão do estado de Maine com o qual está negociando. Informe aqui o endereço da Agência. Não envie para OSC.
- B. **Para uso exclusivo da Agência:** Para uso da Agência do estado do Maine que está solicitando o preenchimento de suas informações. Você não precisa escrever nada aqui.

STATE OF MAINE
ACTIVATION/CHANGE REQUEST FOR DIRECT DEPOSIT / EFT

MAIL TO: []

A We require you to submit a voided check or letter from your bank for account verification.

Payee's Name [] TIN of Payor [] NEW CHANGE

Current Payee's Name & Phone # (if different from above) [] SSN EIN

Address of Payee [] Vendor Code [] SAVING CHECKING

6 Email [] I authorize the State of Maine to send DD/EFT payment detail to the email address included.

7 By signing and returning this document, you agree to the following statement:
I hereby request activation or modification of direct deposit to the account provided below. I understand the Agency is required to collect information for the purpose of ensuring an accurate credit record and that state is the data base as required by the Agency in order to ensure correct payment of the state payroll. I agree to verify the Agency's office immediately upon receipt of any error resulting from activation or modification of my direct deposit. I agree to verify the Agency's office if any change that may affect direct deposit or the Agency's ability to verify my data. This authorization may be rescinded at any time by notifying the Agency in writing. In withdrawing this state agency is permitted to verify, I am agree to fund the Agency and the State of Maine within three business days and to fund my account or expense account within the period of seven to fifteen business days as determined by the person who was an employee of the Agency in the State of Maine.

8 OLD Bank Info: This section is for CHANGED ONLY. For New bank info, please skip to NEW Bank Info.
Name on Account [] Routing # []
Name of Financial Institution [] Account # []
Address of Financial Institution (Street/PO/Box, State, Zip & Phone) [] SAVING CHECKING

10 NEW Bank Info: Your bank info is REQUIRED to be written on this document.
Name on Account [] Routing # []
Name of Financial Institution [] Account # []
Address of Financial Institution (Street/PO/Box, State, Zip & Phone) [] SAVING CHECKING

12 Signature of Payor [] Date []
We require you to submit a voided check or letter from your bank for account verification.

INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE PROCESSED

C For space use only: CHECK CONTACT NAME [] PHONE # [] TITLE [] DATE []

Suas informações devem ser preenchidas por você ou seu representante legal. (Não por um funcionário público.) É de sua responsabilidade dar informações precisas. (Podemos solicitar o comprovante do SSN.)

- SOLICITAMOS que nos envie um cheque invalidado ou declaração de seu banco para verificação de seus dados bancários.** Isso deve incluir nome, endereço e número do banco e número da conta bancária em um cheque pré-impreso ou em um papel timbrado do banco. (NÃO aceitamos comprovantes de depósito ou cheques de contas recém-abertas.)
- Novos dados ou alteração de dados:** Você está alterando os dados bancários ou adicionando novos dados bancários? Selecione UM. Você pode pular essa etapa se não tiver certeza.
- Nome do beneficiário:** o seu. **Nome de contato/telefone:** você ou alguém que possa discutir assuntos em seu nome. **Endereço do beneficiário:** seu endereço de correspondência. Estes campos são OBRIGATÓRIOS.
- TIN do beneficiário:** Este é o seu número da Previdência Social (SSN) caso você recebe em nome de pessoa física, ou seu número de identificação do empregador (EIN) caso você seja pessoa jurídica. Escolha apenas UM. Esta informação é OBRIGATÓRIA.
- Código de Provedor:** Caso você saiba o número do código do provedor (Número VC), isso NÃO é obrigatório. A

- agência poderá incluir esta informação no formulário para você. Você pode não ter um número de provedor (Número VC) porque você é novo.
- E-mail:** Para notificação por e-mail de depósito direto. Normalmente recebido em torno de 3 a 5 dias antes de seu depósito para prazo normal. **Sinal de visto: Autorizo o estado do Maine a enviar os dados de pagamento por DD/EFT ao endereço de e-mail indicado.** Marque o quadro caso deseje ser notificado por e-mail. Isso é opcional.
 - Ao assinar e retornar este documento, você concorda com a seguinte declaração:** Você deve ler as letras pequenas. Nenhuma alteração pode ser feita nas letras pequenas. O Estado do Maine normalmente não debita de sua conta sem uma notificação via Tesouro ou de seu banco. As chances disso acontecer são mínimas. Isso nos autoriza a creditar o pagamento em sua conta.
 - Dados bancários ANTIGOS:** Aqui é onde seriam preenchidos dados bancários antigos caso você estivesse alterando o banco ou o número da conta para um novo banco ou novo número de conta. Isso não é obrigatório, mas é recomendável.
 - Novos dados bancários:** Insira aqui os novos dados bancários. Beneficiário da conta, nome do banco, endereço do banco. Esta informação é OBRIGATÓRIA.
 - Número do banco e número da conta:** Insira aqui o número do banco e número da conta. Deve corresponder à documentação de backup. Esta informação é OBRIGATÓRIA.
 - Poupança ou conta corrente:** selecione apenas uma. Esta informação é OBRIGATÓRIA.
 - Assinatura e data:** é necessário a assinatura e data no formulário, caso contrário a solicitação não será processada. Esta informação é OBRIGATÓRIA.

* Formulários incompletos não serão processados. Caso alguns dos itens obrigatórios não estejam preenchidos, o pedido não será processado. O formulário será retornado à Agência do Estado do Maine com a qual você está tratando ou será destruído.

Assistência Médica Online GRATUITA e Treinamento para Orientação Segura

Para acessar o novo treinamento sobre *Orientação de Saúde e Segurança*, siga as instruções abaixo:

1. Comece na página de login do Maine Roads to Quality Registry:
<https://mrtq-registry.org/>
2. Faça login com o seu nome de usuário e senha do Maine Roads to Quality.*



3. Assim que você estiver logado, clique em “Inscrever-se” abaixo do título “Treinamento Online”
4. Selecione *Orientação de Saúde e Segurança 2019* (no topo da página).



5. Abaixo de “Meus cursos,” selecione *Orientação de Saúde e Segurança Online*.



Agora você já está inscrito no treinamento. Em caso de dúvidas sobre como acessar ou concluir o treinamento, entre em contato com a Rede de Desenvolvimento Profissional do Maine Roads to Quality no endereço mrtq.training@maine.edu ou ligue para 1-888-900-0055.

* Caso você não for membro do Maine Roads to Quality Registry, clique em “Inscrever-se” para criar um nome de usuário e senha. *Você não precisa se inscrever no Registry para acessar este treinamento.*



Faturamento on-line para Provedor de Serviços aprovado pelo Programa Auxílio-Creche (CCSP).

Para reduzir custos de postagem e papel, o Programa Auxílio-Creche (CCSP) incentiva o uso do faturamento online. Leia as instruções abaixo para o uso de contas com faturamento online. O faturamento online garante que as informações de faturamento foram recebidas no prazo.

Consulte: <https://gateway.maine.gov/DHHS/ccsp/Account/ProviderLogin.aspx>

- Clique no link com as seguintes informações: "Clique aqui para se inscrever para uma nova conta de Provedor de Serviços".

Quando a página abrir, insira as seguintes informações:

- O número de licença/Número de Identificação do Provedor de Serviços com 6 dígitos
 - Caso você não saiba o Número da Licença/ID do Provedor de Serviços, ligue para um especialista do Programa Auxílio-Creche (CCSP), pelo telefone 1-877-680-5866 ou caso tenha recebido a fatura impressa, a mesma está disponível no canto superior direito da página.
- Insira o nome e sobrenome do novo usuário.
 - O usuário é a pessoa que está inserindo as informações para faturamento para o Provedor de Serviços. Essa pessoa deve ser o proprietário, gerente, contador, contabilista da Creche, Estabelecimento ou Casa.
- Insira o endereço de e-mail do novo usuário.
- Verifique o endereço físico comercial
- Verifique o endereço físico para correspondência
 - Caso o endereço físico e/ou de e-mail inseridos estejam incorretos, as informações de faturamento não serão exibidas.
 - Entre em contato com um Especialista do Auxílio-Creche (CCSP) no número 1-877-680-5866
- Leia a Declaração de Liberação e marque a caixa para confirmar que você leu e entendeu a Declaração de Liberação.
- Clique em ENVIAR.

Programa Auxílio-Creche
Cronograma semanal de faturamento, de julho de 2021 a agosto de 2022

O Programa Auxílio-Creche (CCSP) segue um cronograma de faturamento quinzenal. Os formulários são enviados após o serviço ser concluído, mas não antes das 17h às sextas-feiras, seguindo o cronograma listado abaixo. Todas as faturas enviadas antecipadamente serão recusadas. Para que o faturamento seja processado, ele deve ser recebido sem erro até o meio-dia às quartas-feiras. Se o formulário de faturamento do Provedor de Serviços estiver sem erros e for enviado ao Departamento dentro do prazo, o Departamento pagará o benefício ao Provedor de Serviços no prazo de vinte e um (21) dias corridos a partir do recebimento. O Departamento não pagará o Provedor de Serviços se a fatura não for enviada no prazo de sessenta (60) dias corridos conforme o prazo determinado pelo Departamento.

O estado do Maine observa os seguintes feriados. Os escritórios estarão fechados e poderá ocorrer atrasos no faturamento durante essas semanas. Dia de Ano Novo, Dia de Martin Luther King, Jr., Dia do Presidente dos EUA, Dia do Patriota, Dia da Memória, Dia da Independência Americana, Dia do Trabalho, Dia dos Povos Indígenas, Dia dos Veteranos, Dia de Ação de Graças (e dia seguinte) e Natal.

Para mais informações sobre faturamento e pagamento, consulte o Contrato de prestação de serviços.

Faturamento quinzenal	Datas de envio da fatura para processamento.
31/07-13/8	Sexta, 13/08, após as 17:00 até quarta, 18/08 às 12:00
14/08-27/08	Sexta, 27/08, após as 17:00 até quarta, 01/09 às 12:00
28/08-10/09	Sexta, 10/09, após as 17:00 até quarta, 15/09 às 12:00
11/09-24/09	Sexta, 24/09, após as 17:00 até quarta, 29/09 às 12:00
25/09-08/10	Sexta, 08/10, após as 17:00 até quarta, 13/10 às 12:00
09/10-22/10	Sexta, 22/10, após as 17:00 até quarta, 27/10 às 12:00
23/10-05/11	Sexta, 05/11 após as 17:00 até quarta, 10/11 às 12:00
06/11-19/11	Sexta, 19/11 após as 17:00 até quarta, 24/11 às 12:00
20/11-03/12	Sexta, 03/12 após as 17:00 até quarta. 08/12 às 12:00
04/12-17/12	Sexta, 17/12 após as 17:00 até quarta 22/12 às 12:00
18/12-31/12	Sexta, 31/12 após as 17:00 até quarta, 05/01 às 12:00
01/01-14/01	Sexta, 14/01 após as 17:00 até quarta, 19/01 às 12:00
15/01-28/01	Sexta, 28/01 após as 17:00 até quarta, 02/02 às 12:00
29/01-11/02	Sexta, 11/02 após as 17:00 até quarta, 16/02 às 12:00
12/02-25/02	Sexta, 25/02 após as 17:00 até quarta, 02/03 às 12:00
26/02-11/03	Sexta, 11/03 após as 17:00 até quarta, 16/03 às 12:00
12/03-25/03	Sexta, 25/03 após as 17:00 até quarta, 30/03 às 12:00
26/03-08/04	Sexta, 08/04 após as 17:00 até quarta, 13/04 às 12:00
09/04-22/04	Sexta, 22/04 após as 17:00 até quarta, 27/04 às 12:00
23/04-06/05	Sexta, 06/05 após as 17:00 até quarta, 11/05 às 12:00
07/05-20/05	Sexta, 20/05 após as 17:00 até quarta, 25/05 às 12:00
21/05-03/06	Sexta, 03/06 após as 17:00 até quarta, 08/06 às 12:00
04/06-17/06	Sexta, 17/06 após as 17:00 até quarta, 22/06 às 12:00
18/06-01/07	Sexta, 01/07 após as 17:00 até quarta, 06/07 às 12:00
02/07-15/07	Sexta, 15/07 após as 17:00 até quarta, 20/07 às 12:00
16/07-29/07	Sexta, 29/07 após as 17:00 até quarta, 03/08 às 12:00
30/07-12/08	Sexta, 12/08 após as 17:00 até quarta, 17/08 às 12:00
13/08-26/08	Sexta, 26/08 após as 17:00 até quarta, 31/08 às 12:00

VALORES DE MERCADO PARA SERVIÇOS DE CUIDADOS INFANTIS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL DO MAINE EM 3 DE JULHO DE 2021

Condado	Creche licenciada				Valor máximo para cuidados infantis em domicilio				Valor máximo para Provedor de serviços isento de licença			
	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período
ANDROSCOGGIN												
Bebês	\$215,00	\$161,25	\$107,50	\$53,75	\$170,00	\$127,50	\$85,00	\$42,50	\$119,00	\$89,25	\$59,50	\$29,75
Crianças pequenas	\$200,00	\$150,00	\$100,00	\$50,00	\$160,00	\$120,00	\$80,00	\$40,00	\$112,00	\$84,00	\$56,00	\$28,00
Pré-escola	\$165,00	\$123,75	\$82,50	\$41,25	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Idade escolar	\$155,00	\$116,25	\$77,50	\$38,75	\$135,00	\$101,25	\$67,50	\$33,75	\$94,50	\$70,88	\$47,25	\$23,63
AROOSTOOK												
Bebês	\$185,00	\$138,75	\$92,50	\$46,25	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Crianças pequenas	\$154,00	\$115,50	\$77,00	\$38,50	\$130,00	\$97,50	\$65,00	\$32,50	\$91,00	\$68,25	\$45,50	\$22,75
Pré-escola	\$148,00	\$111,00	\$74,00	\$37,00	\$125,00	\$93,75	\$62,50	\$31,25	\$87,50	\$65,63	\$43,75	\$21,88
Idade escolar	\$140,00	\$105,00	\$70,00	\$35,00	\$125,00	\$93,75	\$62,50	\$31,25	\$87,50	\$65,63	\$43,75	\$21,88
CUMBERLAND												
Bebês	\$303,00	\$227,25	\$151,50	\$75,75	\$225,00	\$168,75	\$112,50	\$56,25	\$157,50	\$118,13	\$78,75	\$39,38
Crianças pequenas	\$279,00	\$209,25	\$139,50	\$69,75	\$200,00	\$150,00	\$100,00	\$50,00	\$140,00	\$105,00	\$70,00	\$35,00
Pré-escola	\$263,08	\$197,31	\$131,54	\$65,77	\$225,00	\$168,75	\$112,50	\$56,25	\$157,50	\$118,13	\$78,75	\$39,38
Idade escolar	\$180,00	\$135,00	\$90,00	\$45,00	\$175,00	\$131,25	\$87,50	\$43,75	\$122,50	\$91,88	\$61,25	\$30,63
FRANKLIN												
Bebês	\$205,00	\$153,75	\$102,50	\$51,25	\$193,75	\$145,31	\$96,88	\$48,44	\$135,63	\$101,72	\$67,82	\$33,91
Crianças pequenas	\$196,00	\$147,00	\$98,00	\$49,00	\$172,50	\$129,38	\$86,25	\$43,13	\$120,75	\$90,56	\$60,38	\$30,19
Pré-escola	\$181,67	\$136,25	\$90,84	\$45,42	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Idade escolar	\$125,00	\$93,75	\$62,50	\$31,25	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
HANCOCK												
Bebês	\$227,00	\$170,25	\$113,50	\$56,75	\$157,25	\$117,94	\$78,63	\$39,31	\$110,08	\$82,56	\$55,04	\$27,52
Crianças pequenas	\$219,00	\$164,25	\$109,50	\$54,75	\$155,00	\$116,25	\$77,50	\$38,75	\$108,50	\$81,38	\$54,25	\$27,13
Pré-escola	\$197,00	\$147,75	\$98,50	\$49,25	\$155,00	\$116,25	\$77,50	\$38,75	\$108,50	\$81,38	\$54,25	\$27,13
Idade escolar	\$149,00	\$111,75	\$74,50	\$37,25	\$145,00	\$108,75	\$72,50	\$36,25	\$101,50	\$76,13	\$50,75	\$25,38
KENNEBEC												
Bebês	\$220,00	\$165,00	\$110,00	\$55,00	\$175,00	\$131,25	\$87,50	\$43,75	\$122,50	\$91,88	\$61,25	\$30,63
Crianças pequenas	\$200,00	\$150,00	\$100,00	\$50,00	\$155,00	\$116,25	\$77,50	\$38,75	\$108,50	\$81,38	\$54,25	\$27,13
Pré-escola	\$267,00	\$200,25	\$133,50	\$66,75	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Idade escolar	\$145,00	\$108,75	\$72,50	\$36,25	\$125,00	\$93,75	\$62,50	\$31,25	\$87,50	\$65,63	\$43,75	\$21,88

VALORES DE MERCADO PARA SERVIÇOS DE CUIDADOS INFANTIS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL DO MAINE EM 3 DE JULHO DE 2021

Condado	Creche licenciada				Valor máximo para cuidados infantis em domicílio				Valor máximo para provedor de serviços isento de licença			
	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período
KNOX												
Bebês	\$219,00	\$164,25	\$109,50	\$54,75	\$175,00	\$131,25	\$87,50	\$43,75	\$122,50	\$91,88	\$61,25	\$30,63
Crianças pequenas	\$219,00	\$164,25	\$109,50	\$54,75	\$160,00	\$120,00	\$80,00	\$40,00	\$112,00	\$84,00	\$56,00	\$28,00
Pré-escola	\$209,00	\$156,75	\$104,50	\$52,25	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Idade escolar	\$220,00	\$165,00	\$110,00	\$55,00	\$140,00	\$105,00	\$70,00	\$35,00	\$98,00	\$73,50	\$49,00	\$24,50
LINCOLN												
Bebês	\$210,00	\$157,50	\$105,00	\$52,50	\$185,00	\$138,75	\$92,50	\$46,25	\$129,50	\$97,13	\$64,75	\$32,38
Crianças pequenas	\$200,00	\$150,00	\$100,00	\$50,00	\$185,00	\$138,75	\$92,50	\$46,25	\$129,50	\$97,13	\$64,75	\$32,38
Pré-escola	\$200,00	\$150,00	\$100,00	\$50,00	\$180,00	\$135,00	\$90,00	\$45,00	\$126,00	\$94,50	\$63,00	\$31,50
Idade escolar	\$178,75	\$134,06	\$89,38	\$44,69	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
OXFORD												
Bebês	\$205,00	\$153,75	\$102,50	\$51,25	\$193,75	\$145,31	\$96,88	\$48,44	\$135,63	\$101,72	\$67,82	\$33,91
Crianças pequenas	\$196,00	\$147,00	\$98,00	\$49,00	\$172,50	\$129,38	\$86,25	\$43,13	\$120,75	\$90,56	\$60,38	\$30,19
Pré-escola	\$181,67	\$136,25	\$90,84	\$45,42	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Idade escolar	\$125,00	\$93,75	\$62,50	\$31,25	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
PENOBSCOT												
Bebês	\$255,00	\$191,25	\$127,50	\$63,75	\$185,00	\$138,75	\$92,50	\$46,25	\$129,50	\$97,13	\$64,75	\$32,38
Crianças pequenas	\$230,00	\$172,50	\$115,00	\$57,50	\$180,00	\$135,00	\$90,00	\$45,00	\$126,00	\$94,50	\$63,00	\$31,50
Pré-escola	\$205,00	\$153,75	\$102,50	\$51,25	\$175,00	\$131,25	\$87,50	\$43,75	\$122,50	\$91,88	\$61,25	\$30,63
Idade escolar	\$200,00	\$150,00	\$100,00	\$50,00	\$165,00	\$123,75	\$82,50	\$41,25	\$115,50	\$86,63	\$57,75	\$28,88
PISCATAQUIS												
Bebês	\$185,00	\$138,75	\$92,50	\$46,25	\$175,00	\$131,25	\$87,50	\$43,75	\$122,50	\$91,88	\$61,25	\$30,63
Crianças pequenas	\$154,00	\$115,50	\$77,00	\$38,50	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Pré-escola	\$148,00	\$111,00	\$74,00	\$37,00	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Idade escolar	\$140,00	\$105,00	\$70,00	\$35,00	\$140,00	\$105,00	\$70,00	\$35,00	\$98,00	\$73,50	\$49,00	\$24,50
SAGadahoc												
Bebês	\$210,00	\$157,50	\$105,00	\$52,50	\$185,00	\$138,75	\$92,50	\$46,25	\$129,50	\$97,13	\$64,75	\$32,38
Crianças pequenas	\$200,00	\$150,00	\$100,00	\$50,00	\$185,00	\$138,75	\$92,50	\$46,25	\$129,50	\$97,13	\$64,75	\$32,38
Pré-escola	\$200,00	\$150,00	\$100,00	\$50,00	\$180,00	\$135,00	\$90,00	\$45,00	\$126,00	\$94,50	\$63,00	\$31,50
Idade escolar	\$178,75	\$134,06	\$89,38	\$44,69	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25

VALORES DE MERCADO PARA SERVIÇOS DE CUIDADOS INFANTIS DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA E SERVIÇO SOCIAL DO MAINE EM 3 DE JULHO DE 2021												
Condado	Creche licenciada				Valor máximo para cuidados infantis em domicílio				Valor máximo para provedor de serviços isento de licença			
	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período
SOMERSET												
Bebês	\$185,00	\$138,75	\$92,50	\$46,25	\$175,00	\$131,25	\$87,50	\$43,75	\$122,50	\$91,88	\$61,25	\$30,63
Crianças pequenas	\$154,00	\$115,50	\$77,00	\$38,50	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Pré-escola	\$148,00	\$111,00	\$74,00	\$37,00	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Idade escolar	\$140,00	\$105,00	\$70,00	\$35,00	\$140,00	\$105,00	\$70,00	\$35,00	\$98,00	\$73,50	\$49,00	\$24,50
WALDO												
Bebês	\$219,00	\$164,25	\$109,50	\$54,75	\$175,00	\$131,25	\$87,50	\$43,75	\$122,50	\$91,88	\$61,25	\$30,63
Crianças pequenas	\$219,00	\$164,25	\$109,50	\$54,75	\$160,00	\$120,00	\$80,00	\$40,00	\$112,00	\$84,00	\$56,00	\$28,00
Pré-escola	\$209,00	\$156,75	\$104,50	\$52,25	\$150,00	\$112,50	\$75,00	\$37,50	\$105,00	\$78,75	\$52,50	\$26,25
Idade escolar	\$220,00	\$165,00	\$110,00	\$55,00	\$140,00	\$105,00	\$70,00	\$35,00	\$98,00	\$73,50	\$49,00	\$24,50
WASHINGTON												
Bebês	\$227,00	\$170,25	\$113,50	\$56,75	\$157,25	\$117,94	\$78,63	\$39,31	\$110,08	\$82,56	\$55,04	\$27,52
Crianças pequenas	\$219,00	\$164,25	\$109,50	\$54,75	\$155,00	\$116,25	\$77,50	\$38,75	\$108,50	\$81,38	\$54,25	\$27,13
Pré-escola	\$197,00	\$147,75	\$98,50	\$49,25	\$155,00	\$116,25	\$77,50	\$38,75	\$108,50	\$81,38	\$54,25	\$27,13
Idade escolar	\$149,00	\$111,75	\$74,50	\$37,25	\$145,00	\$108,75	\$72,50	\$36,25	\$101,50	\$76,13	\$50,75	\$25,38
YORK												
Bebês	\$270,00	\$202,50	\$135,00	\$67,50	\$210,00	\$157,50	\$105,00	\$52,50	\$147,00	\$110,25	\$73,50	\$36,75
Crianças pequenas	\$255,00	\$191,25	\$127,50	\$63,75	\$200,00	\$150,00	\$100,00	\$50,00	\$140,00	\$105,00	\$70,00	\$35,00
Pré-escola	\$240,00	\$180,00	\$120,00	\$60,00	\$185,00	\$138,75	\$92,50	\$46,25	\$129,50	\$97,13	\$64,75	\$32,38
Idade escolar	\$204,00	\$153,00	\$102,00	\$51,00	\$165,00	\$123,75	\$82,50	\$41,25	\$115,50	\$86,63	\$57,75	\$28,88

Bebê significa de seis (6) semanas a doze (12) meses de idade

Criança pequena significa de treze (13) semanas a trinta e seis (36) meses de idade

Pré-escolar significa mais de 36 meses de idade, mas ainda não matriculada no Jardim da Infância (Kindergarten)

Idade escolar é a criança matriculada no Jardim da Infância (Kindergarten)

	Período integral	Meio-período	Metade do período	Um quarto do período
Bebês/Crianças pequenas/Pré-escolar	Mais de 30 horas por semana	20-29 horas por semana	10-19 horas por semana	0-9 horas por semana
Idade escolar	Mais de 30 horas por semana	11-29 horas por semana	6-10 horas por semana	0-5 horas por semana