

Cleaning and Supplies for Child Care Providers (CSCP)

Self-Certification Form

Formulario de Auto-Certificación para Proveedor para recibir Suministros

Name of Facility or Provider:

Nombre del Centro o Proveedor

Facility License Number (if applicable):

Número de Licencia del Centro (si aplica)

Number of Children Served in the Facility:

Número de Niños que se le Provee Servicio en el Centro

Address (where children served):

Dirección (donde se provee servicio a los niños)

City/State/Zip:

Ciudad/Estado/Área Postal

Mailing Address (if different):

Dirección Postal (si es diferente)

City/State/Zip:

Ciudad/Estado/Área Postal

Contact Name:

Nombre de Contacto:

Main Contact Phone Number:

Número Principal de Teléfono

Email:

Correo Electrónico

Provider Type

Tipo de Proveedor

Center

Centro

Licensed

Con Licencia

License Exempt

Sin Licencia

Home Based:

En el Hogar

Licensed

Con Licencia

License Exempt

Sin Licencia

Certification

Certificación

Open date for COVID-19:

Fecha de Apertura por COVID-19

Planned reopen date (if temporarily closed due to COVID-19):

Fecha de re-apertura (si esta temporalmente cerrado por el COVID-19):

Receiving Funds

Recibo Fondos

Receiving Supplies

Recibo Suministros

Receiving Both

Recibo Ambos

I understand, as a provider, that this self-certification form is a requirement to receive CSCP funds, supplies, or both to serve essential workers and/or at-risk populations during the COVID-19 pandemic. As stated on this form, my program currently is open or will be open by the date specified and the funds and/or supplies will be used solely for these restricted purposes.

Yo comprendo, como proveedor, que esta forma de auto certificación es requerida para recibir fondos de CSCP, suministros o los dos, para proveer servicio a los trabajadores esenciales y/o población en riesgo durante la pandemia de COVID-19. Como está estipulado en esta forma, mi programa está actualmente abierto o estará abierto en las fechas especificadas y los fondos/o suministros serán utilizados solamente para estos propósitos.

Signature of Licensee/Exempt Provider:

Firma del Proveedor con Licencia/Sin Licencia

Today's Date:

Fecha de Hoy

Date Received:

Fecha de Recibido

Amount Awarded:

Cantidad Autorizada

Date Verified by R&R Staff:

Fecha Verificada por
el Personal de R&R

Staff Signature:

Firma del Personal