



DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
SITIO WEB DEL DOE: <http://www.doe.k12.de.us>

Susan S. Bunting, Ed.D.
Secretaria de Educación
Voz: (302) 735-4000

Estimado/a proveedor/a de Aprendizaje en la primera infancia:

El reembolso escalonado tiene por objeto apoyar a los programas en su calidad de cuidados, brindando desarrollo profesional de calidad, y el reclutamiento y la retención de personal altamente calificado. A fin de evaluar eficazmente el programa de reembolso escolar, la Office of Early Learning supervisará el uso del programa para determinar si se necesita asistencia técnica. Los programas deberán presentar documentación que demuestre cómo se utilizaron los fondos. Se proporciona un modelo. Los informes podrían confirmarse mediante auditoría en cualquier momento. Se espera que los beneficiarios conserven la documentación de respaldo de los gastos durante un período de no menos de dos años.

La tarifa de reembolso se determina según el tipo de programa, el condado, la edad de los niños y la asistencia de niños elegibles para POC. Los pagos están sujetos a la asistencia que el programa ingrese hasta el día 15 del mes en el portal de POC. Los pagos se depositarán electrónicamente una vez al mes en la cuenta del programa que está asociada a la División de Servicios Sociales. Este es un pago aparte del pago de POC. *Si no se presenta la asistencia antes del día 15, el programa no recibirá un pago de reembolso escalonado.*

Si un programa se encuentra bajo una acción de cumplimiento por la Office of Child Care Licensing, será *inelegible* para el pago de reembolso escalonado. Un programa también puede ser *inelegible* si tuvo cambios significativos en la administración u operación de su programa o si fue sancionado a nivel administrativo o financiero por cualquier oficina o agencia del gobierno. El pago del reembolso escalonado de los programas que tengan embargos del IRS o sentencias judiciales se redirigirá automáticamente al IRS o a la sentencia judicial.

A continuación se muestra el calendario de pagos previsto para el reembolso escalonado. Está previsto que los pagos se depositarán a fin de mes, pero pueden retrasarse debido a días feriados o circunstancias imprevistas. Tenga en cuenta que *el calendario de pagos está sujeto a modificación*. Actualmente, está previsto que la asistencia de abril y mayo se pagará en julio debido a los procesos de cierre del año fiscal.

No presentar el Acuerdo anual de reembolso escalonado y el formulario de Informe anual hasta el 1 de julio de 2021 dará lugar a la suspensión de los pagos del reembolso escalonado.

2021 – 2022	
Fechas del reembolso escalonado de Stars	
Mes de asistencia	Fecha de pago
Abril de 2021	Fines de julio de 2021
Mayo de 2021	
Junio de 2021	Fines de agosto de 2021
Julio de 2021	Fines de septiembre de 2021
Agosto de 2021	Fines de octubre de 2021
Septiembre de 2021	Fines de noviembre de 2021
Octubre de 2021	Fines de diciembre de 2021
Noviembre de 2021	Fines de enero de 2022
Diciembre de 2021	Fines de febrero de 2022
Enero de 2022	Fines de marzo de 2022
Febrero de 2022	Fines de abril de 2022
Marzo de 2022	Fines de mayo de 2022

Por el Department of Education:

Kim D. Klein, Secretaria adjunta

Fecha

Acuerdo de reembolso escalonado

Como beneficiario(s) del reembolso escalonado emitido por el Delaware Department of Education para los programas de Delaware Stars con calificación de nivel 3, 4 o 5 para el período de asistencia de abril de 2021 a marzo de 2022, acepto/aceptamos lo siguiente:

Como administrador(es)/propietario(s) del programa, comprendo/comprendemos que debo/debemos cumplir con todas las políticas y todos los procedimientos de reembolso escalonado que establece el Delaware Department of Education.

Como administrador(es)/propietario(s) del programa, comprendo/comprendemos que los fondos del reembolso escalonado se utilizarán para lograr y sostener un programa de calidad y para trabajar activamente hacia el siguiente nivel Star o mantener un nivel Star 5.

Como administrador(es)/propietario(s) del programa, comprendo/comprendemos que el programa debe presentar un informe que demuestre que los fondos del reembolso escalonado se utilizaron para brindar capacitaciones/actividades de desarrollo profesional con control de calidad, reclutamiento y retención de personal altamente calificado, calidad del cuidado y materiales comprados.

Como administrador(es)/propietario(s) del programa, comprendo/comprendemos que la asistencia correspondiente al mes anterior se debe informar hasta el día 15 del mes, a más tardar, a la División de Servicios Sociales; después de esta fecha, no es posible hacer más cambios a la asistencia. Si no se presenta la asistencia el día 15 del mes, se perderá el Reembolso escalonado de Stars para ese mes de asistencia.

Como administrador(es)/propietario(s) del programa, comprendo/comprendemos que el Acuerdo de reembolso escalonado de Delaware se debe completar en su totalidad para cada período de asistencia anual y enviar al Delaware Department of Education a fin de que el programa reciba los fondos del reembolso escalonado.

Como administrador(es)/propietario(s) del programa, comprendo/comprendemos que el personal del Delaware Department of Education o un agente autorizado del Delaware Department of Education puede llevar a cabo una auditoría al azar de la utilización de los fondos del reembolso escalonado otorgados al programa en cualquier momento.

Información del programa (complete toda la información)

Nombre del programa: _____ (marque una) Familiar o Centro

N.º de licencia comercial u organización sin fines de lucro: _____ N.º de ID de Purchase of Care: _____ N.º de licencia de cuidado infantil: _____

Dirección del Programa: _____

Dirección postal: _____

N.º de teléfono del programa: _____ Correo electrónico del programa: _____

Persona de contacto: _____ Carg o: _____

Como administrador(es)/propietario(s) del programa, he/hemos completado la información del programa arriba mencionado con información verdadera y actualizada. Como administrador(es)/propietario(s) del programa, confirmo/confirmamos que he/hemos leído y comprendo/comprendemos el presente acuerdo. La firma a continuación indica la aceptación de todos los términos y condiciones de este Acuerdo de reembolso escalonado de Delaware Stars.

Administrador/propietario del programa
(en letra de molde)

Firma del administrador/propietario del programa

Fecha _____

**Please submit completed forms
Electronically (as a PDF or Word) to: delawarestars@udel.edu**

Questions Regarding Tiered Reimbursement

John Fisher-Klein
John.Fisher-Klein@doe.k12.de.us