

Harold González Rosado
Administrador

30 de Julio de 2013

A TODOS EL PERSONAL

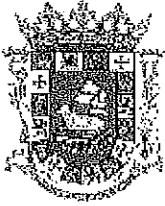

Harold González Rosado

PROGRAMA DE ESTIPENDIO POR REEMBOLSO PARA CUIDO DE NIÑOS EN LA OFICINA DEL GOBERNADOR

La Oficina del Gobernador, tiene un compromiso con el cumplimiento de la Política Pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de garantizar que los niños y niñas de Puerto Rico, tengan la oportunidad de lograr un óptimo desarrollo físico, mental, social y moral, en un ambiente positivo y propicio al aprendizaje. Consistente con ese compromiso y en cumplimiento de las disposiciones de la Ley 84 del 1 de marzo de 1999 y al proyecto Espacios de Vida de la Primera Dama, se aprobó conceder a los empleados una aportación para el cuidado diurno de sus hijos e hijas de edad preescolar. El beneficio será \$150.00 mensual y será otorgado mediante reembolso, una vez se hayan completado los requisitos establecidos por el programa.

Los criterios que serán evaluados por la Oficina del Gobernador, para otorgar este beneficio son los siguientes:

1. Los Centros de Cuidado Diurno, deberán estar debidamente licenciados por el Programa de Licenciamiento del Departamento de la Familia.
2. Serán elegibles los padres, madres o tutores legales de algún menor en edad preescolar, que trabajen en la Oficina del Gobernador.
3. En caso de que el padre o madre sea soltero o divorciado, deberá ostentar la custodia y patria potestad del menor.
4. Los(as) empleados(as) elegibles deberán completar la totalidad de los documentos requeridos por el programa.
5. El empleado o empleada a quien se le haya autorizado el beneficio, deberá someter reclamación de reembolso, y documentos requeridos en las normas del programa, en o antes del quinto día de cada mes, para el reembolso del mes anterior.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
LA FORTALEZA

Harold González Rosado
Administrador

6. El empleado o empleada será responsable de aportar la diferencia del pago mensual y otros gastos o cuotas relacionados.
7. En caso de que ambos cónyuges trabajen para la Oficina del Gobernador, solo uno tendrá derecho a reclamar la aportación.
8. El reembolso procederá siempre que se haya cumpliendo con todos los requisitos establecidos por el Programa.
9. Si surge algún cambio de Centro de Cuidado Diurno, el empleado o empleada será responsable de notificarlo a la Oficina de Recursos Humanos.
10. Si el empleado o empleada cambia de trabajo, se retira, renuncia o es separado de su empleo, cesará el beneficio de reembolso.
11. La Oficina del Gobernador se reserva la facultad de suspender este beneficio cuando la situación fiscal no permita su concesión.

La Oficina de Recursos Humanos será responsable de administrar este Programa, de necesitar información adicional, puede comunicarse con la Srta. Lisania V. Rosario Pérez, Directora de Recursos Humanos, al (787) 721-7000 Ext. 3333 o a lrosario@fortaleza.pr.gov.

NORMAS DEL BENEFICIO DE ESTIPENDIO POR REEMBOLSO PARA CUIDO DE NIÑOS (AS) DE LA OFICINA DEL GOBERNADOR

Introducción

La política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico es garantizar que los niños y niñas de Puerto Rico tengan la oportunidad de lograr un óptimo desarrollo físico, mental, social y moral en un ambiente positivo y propicio al aprendizaje.

Los primeros años son definitivos en la formación del ser humano. En esos años se definen el carácter y las actitudes para asumir los retos y oportunidades en la vida. Para ayudar a potenciar esa formación, la Ley 84- 1999 dispuso la creación de Centros de Cuidado Diurno en todas las agencias gubernamentales. En aquellos casos que es inviable establecer un Centros de Cuidado Diurno, la ley permite proveer a los padres una ayuda económica para que estos obtengan los servicios en un Centro debidamente licenciado. La Oficina del Gobernador proveerá esa ayuda.

Con este beneficio se espera asegurar el cuidado adecuado de los (as) niños(as) de edad pre-escolar mientras sus padres se encuentran fuera del hogar y esto a su vez redunde en una mayor motivación, productividad y rendimiento laboral.

I. BASE LEGAL

216
Ley Núm. 84 del 1ro de marzo de 1999 según enmendada, conocida como la "Ley para la creación de Centros de Cuidado Diurno para niños en los Departamentos, Agencias o Instrumentalidades Públicas del Estado Libre Asociado.

II. PROPÓSITO

Ante la dificultad de crear un Centro de Cuido en nuestras instalaciones o próximo a éstas, la Oficina del Gobernador establecerá un estipendio a los empleados con niños de edad pre- escolar, como aportación costo mensual asociado al pago de un Centro de Cuidado Diurno para sus hijos de edad pre- escolar. El estipendio será de \$150 mensuales.

III. DEFINICIONES

1. Centro de Cuidado Diurno: Lugar asignado, debidamente habilitado y acreditado por las autoridades pertinentes para el cuidado de niños (as) de edad pre- escolar.
2. Hijo (a): Hijos (as) de los empleados (as) o funcionarios (as) de la Oficina del Gobernador o aquellos (as) adoptados (as) legalmente o cuya custodia legal o patria potestad haya sido concedida por Resolución o Sentencia de un Tribunal.

3. Niños de Edad Pre- Escolar: Niños (as) desde recién nacidos hasta cinco (5) años, la cual es la edad reglamentaria para entrar al "Kindergarden".
4. Padre: Se refiere al padre, madre o encargado, con la custodia legal o patria potestad del (de la) niño (a) participante.

IV. ELEGIBILIDAD Y PROCEDIMIENTO

1. Serán elegibles para recibir el estipendio todo (as) los (as), empleados (as) de la Oficina del Gobernador, que sean padres, madres o custodios legales de niños (as) de edad pre-escolar y que trabajen.
2. El centro de Cuidado Diurno seleccionado debe estar licenciado por el Departamento de la Familia.
3. Los empleados elegibles que interesen tener el beneficio deben entregar a la Oficina de Recursos Humanos los documentos siguientes:
 - a) Formulario de Solicitud al programa para el Beneficio de Reembolso a los empleados de la Oficina del Gobernador.
 - b) Certificado de Nacimiento de (de la) niño (a) y copia. La Oficina de Recursos Humanos certificará que la copia es fiel y exacta del original y devolverá el original.
 - c) Certificación de que el Centro seleccionado cumple con los requisitos de licencia que requiere el Departamento de la Familia (se aceptará copia de la licencia otorgada por el Departamento de la Familia) y Certificación del costo mensual del Centro de Cuidado Diurno.
 - d) Cuando aplique: Resolución o sentencia del Tribunal otorgando patria potestad, custodia legal o documentación legal otorgando adopción.
4. La Oficina de Recursos Humanos debe evaluar la solicitud conforme a lo aquí dispuesto y una vez aprobada la solicitud, la Oficina de Recursos Humanos le notificará mediante comunicación al empleado (a).
5. Dentro de los primeros cinco (5) días del mes, cada empleado a quien se le haya autorizado este beneficio presentará una reclamación del mes anterior a la Oficina de Recursos Humanos con los siguientes documentos debidamente completada.
 - a) Certificación de asistencia al centro de Cuidado Diurno para niños (as) de edad pre-escolar.

- b) Formulario Solicitud de Reembolso de gastos pagados con fondos particulares (este documento lo certificará el Director de Recursos Humanos).
 - c) Recibo de pago cancelado o factura pagada del mes a ser reembolsado.
6. La Oficina de Recursos Humanos enviará a la Oficina de Finanzas los documentos antes descritos debidamente certificados con una autorización de pago.
 7. La Oficina de Finanzas hará el pago de reembolso y lo referirá a la Oficina de Recursos Humanos para su entrega al empleado.

V. DISPOSICIONES GENERALES

1. En el caso que ambos cónyuges trabajen para la Oficina del Gobernador, solo uno tendrá derecho a reclamar la aportación.
2. Este beneficio no incluye el pago de matrícula u otras cuotas del Centro seleccionado.
3. Ningún empleado (a) puede reclamar este beneficio cuando su cónyuge recibió el mismo beneficio de otro patrono.
4. El reembolso procederá siempre que se cumpla con los requisitos aquí establecidos.
5. Al surgir cualquier cambio de Centro de Cuidado Diurno, el (la) empleado (a) será responsable de someter una nueva solicitud a la Oficina de Recursos Humanos.
6. Si el padre cambia de trabajo, se retira o renuncia a su puesto, cesará el beneficio de reembolso.
7. La Oficina del Gobernador se reserva la facultad de suspender este beneficio cuando la situación fiscal no permita su concesión.

VI. VIGENCIA

Estas normas entrarán en vigor inmediatamente y será efectiva a partir del 1ro de agosto de 2013.

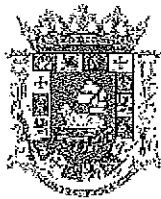
Aprobado por:



Harold González Rosado
Administrador

31 / Julio / 2013.

Fecha



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
P U E R T O R I C O
 L A F O R T A L E Z A

Oficina de Recursos Humanos

Programa de Estipendio por Reembolso para el Cuido de Niños(as) en la Oficina del Gobernador

**CERTIFICACION DE SERVICIOS Y SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS PAGADOS
 CON FONDOS PARTICULARES**

Por este medio certifico que durante el periodo de ____ de _____ de 20____ al ____ de _____ de 20____, el _____ (Nombre de Centro) ofreció los servicios de cuidado diurno a nivel _____ (Maternal, Pre-Pre, Pre Kinder) del (la) niño(a) _____ hijo(a) de _____. Además certifico que el padre o madre del menor, pagó la cantidad de \$_____ por dichos servicios el día _____ de _____ de _____.

 Nombre y firma del Encargado de la Institución

 Fecha (mes/día/año)

Yo, _____, empleado(a) de la Oficina del Gobernador, certifico que he sido cualificado(a) para recibir este beneficio, que a mi mejor entendimiento la información brindada es correcta, que mi hijo(a) ha recibido los servicios del Centro de Cuido Diurno seleccionado y que he cumplido con el pago del cargo por servicio mensual. Conforme a las normas del Programa, solicito el reembolso del estipendio para cuidado de niños.

 Firma del padre o madre (empleado)

 Fecha (mes/día/año)

*** Este Formulario debe completarse mensualmente y debe ser entregado en la Oficina de Recursos Humanos en o antes del día 5 de cada mes, junto con el recibo de pago o factura cancelada, para garantizar que el reembolso sea procesado durante ese mes.

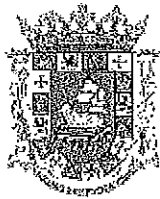
Para Uso Exclusivo de la Oficina de Recursos Humanos

Recibido por: _____ Fecha: _____

Aprobado por: _____ Fecha: _____

Directora de Recursos Humanos

La Fortaleza, San Juan, PR 00901
 PO Box 9020082, San Juan, PR 00902-0082
 787.721.7000 Ext. 3333



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
P U E R T O R I C O
 L A F O R T A L E Z A

Oficina de Recursos Humanos

**Programa de Estipendio por Reembolso para el Cuido de Niños(as) en la Oficina del
 Gobernador**

AUTORIZACION DE PAGO

Por este medio certifico que actualmente _____ es empleado(a) de la
 Oficina del Gobernador, que ha cumplido con los requisitos del Programa de Estipendio por
 Reembolso para el Cuido de Niños(as) en la Oficina del Gobernador y que ha presentado los
 documento requeridos, para el mes de _____ de _____.

Conforme a lo establecido en las normas del Programa, autorizo el reembolso de \$150.00 por
 concepto de gastos pagados con fondos particulares para el cuido diurno del (de la) menor
 _____.

 Directora de Recursos Humanos

 Fecha (mes/día/año)

Para Uso Exclusivo de la Oficina de Finanzas

Recibido por: _____ Fecha: _____

Aprobado por: _____ Fecha: _____
 Director de Finanzas/Representante

La Fortaleza, San Juan, PR 00901
 PO Box 9020082, San Juan, PR 00902-0082
 787.721.7000 Ext. 3333



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
LA FORTALEZA

Oficina de Recursos Humanos

Programa de Estipendio por Reembolso para el Cuido de Niños(as) en la Oficina del Gobernador

SOLICITUD DE PARTICIPACION

Fecha de Solicitud (mes/día/ año): _____

Padre o Madre que trabaja en la Oficina del Gobernador

Nombre: _____

Oficina en la que trabaja: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Móvil: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Extensión: _____

Cónyuge del (la) empleado(a), o padre/madre del menor

Nombre: _____

Lugar de Trabajo o Estudio: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Móvil: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Extensión: _____

Información del niño o niña

Nombre: _____ Sexo: F M

Edad: _____ Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): _____

La Fortaleza, San Juan, PR 00901
PO Box 9020082, San Juan, PR 00902-0082
787.721.7000 Ext. 3333

Solicitud de Participación Programa de Estipendios por Reembolso Cuido De Niños(as) en la
Oficina del Gobernador

Aportaciones recibidas por concepto de cuidado diurno

¿Recibe aportación económica de alguna agencia, corporación, estatal o federal o empresa privada por concepto de cuidado diurno de su hijo(a)? _____ Si _____ No

De haber contestado en la afirmativa, indique cuál es la entidad que hace la aportación y cuál es la cantidad de la misma:

Entidad: _____ Aportación: \$ _____

CERTIFICACION

Certifico que en mi mejor entendimiento, la información contenida en esta solicitud es verídica y correcta y que de no ser así, será causa suficiente para denegar el acceso al beneficio solicitado.

Nombre y Firma del Empleado(a)

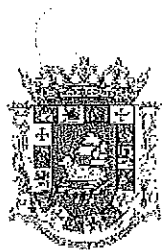
Fecha (mes/día/año)

Para Uso Exclusivo de la Oficina de Recursos Humanos

Aprobada Denegada Razón de denegación: _____

Firma Coordinadora Programa / Fecha

Firma Directora de Recursos Humanos / Fecha



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
LA FORTALEZA

Oficina de Recursos Humanos

CERTIFICACION

DATOS DEL CENTRO DE CUIDO DIURNO

Nombre del Centro: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Persona Contacto: _____

Costo Mensual del Centro: \$ _____

Número de Licencia: _____ Fecha de Expiración: _____

Certifico que el Centro de Cuido Diurno _____ cumple con los requisitos de licencia requeridos por el Departamento de la Familia y que la información provista y el costo por servicio mensual son correctos.

Nombre del Encargado del Centro de Cuido
Cuido

Firma del Encargado del Centro de



Oficina de Recursos Humanos

Programa de Estipendio por Reembolso para el Cuido de Niños(as) en la Oficina del
 Gobernador

CERTIFICACION DE MATRICULA

Por este medio certifico que el día ____ de _____ de 20____ el(la) Sr.(a)
 _____ matriculó en nuestro Centro de Cuidado Diurno al(a) niño(a)
 _____ en el nivel _____
 (maternal, Pre-pre, Pre Kinder).

El (la) niño(a) nació el ____ de _____ de 20____ y tiene la edad de _____
 años. El (la) Sr.(a) pagará la cantidad de \$ _____ mensuales por el cuido de su hijo(a).

CERTIFICO además que el Centro _____ () recibe/() No recibe ayuda
 económica de otras agencias gubernamentales, estatales, federales o empresas privadas por concepto
 de cuido de niños(as) para este(a) menor.

 Nombre de la Institución

 Número de Seguro Social Patronal

 Número de Licencia para operar

 Fecha de Expiración de Licencia

 Dirección

 Número de Teléfono

 Nombre del Encargado de la Institución

 Firma del Encargado de la Institución

 Fecha (mes/día/año)