

**ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL EN FAMILIA LEGALMENTE EXENTO Y DE CUIDADO INFANTIL A DOMICILIO LEGALMENTE EXENTO

Los proveedores de cuidado infantil que no están requeridos por ley del Estado de Nueva York a ser licenciados o registrados para operar un programa de cuidado diurno usan este formulario para inscribirse con una agencia de inscripción de provisión de cuidado legalmente exento para proveer cuidado infantil subsidiado.

Instrucciones: *Por favor use un bolígrafo negro/azul.*



- *Proveedor(a): Complete la "Sección del Proveedor(a) de Cuidado Infantil".*
- *Padre/madre/encargado(a): Complete la "Sección de Información del Padre/Madre".*
- *El proveedor(a) y el padre/madre/encargado(a) visitan e inspeccionan el establecimiento, revisan las secciones del formulario, luego firman y ponen la fecha donde se indica.*
- *Presente el formulario completado a la agencia de inscripción que sirve el lugar donde se provee cuidado infantil.*

I. SECCIÓN DEL PROVEEDOR(A) DE CUIDADO INFANTIL

A. PROVEEDOR(A) DE CUIDADO INFANTIL Y PROGRAMA

1. Nombre del Proveedor(a) de Cuidado Infantil:

Sr. Sra. Srta.

Apellido Nombre IM Sufijo

Conocido por otros nombres: _____
Soltero(a), casado(a), alias, etc.

2. Información de Identificación y de Contacto:

Número de Inscripción: _____ Tel. del Lugar: () _____ Listado No listado
(Si se aplica)

Fecha de Nacimiento: / / _____ Tel. de Casa: () _____ Listado No listado
(mm/dd/yyyy)

Género (M o F): _____ Tel. Celular: () _____

No. Seguro Social ¹: _____ E-mail²: _____ No E-mail

3. Establecimiento o Lugar de Cuidado Infantil: Indique dónde se provee cuidado infantil.

Número de Casa Calle Apto.

Dirección-Línea 2 Piso

Ciudad Estado Zona Postal Condado

4. Dirección de Casa: ¿Es la dirección de su casa la misma que el lugar donde provee cuidado infantil, indicado arriba? Sí. No. Si no, provea la dirección abajo.

Número de Casa Calle Apto.

Dirección-Línea 2 Piso

Ciudad Estado Zona Postal Condado

(For Enrollment Agency Use) Received Date: _____ Complete Date: _____	(For Local District Use) Parent's Case No.: _____ Type: <input type="checkbox"/> WMS <input type="checkbox"/> Local LSSD Office/Unit/Wkr. No.: _____ / _____ / _____
--	---

¹ El número de seguro social es **requerido** cuando el distrito de servicios sociales local emite pagos de subsidio por cuidado infantil directamente al proveedor(a) de cuidado infantil. El no proveer el número de seguro social puede retrasar el pago. El número de seguro social del proveedor(a) es **opcional** cuando el distrito de servicios sociales local emite cheques de subsidio de cuidado infantil al beneficiario del subsidio (padre/madre/encargado[a]). Si se provee el número de seguro social, éste puede ser usado por agencias federales, estatales y locales para propósito de reportes, con el fin de prevenir duplicación de servicios y fraude.

² La dirección electrónica dada puede ser usada por la agencia de inscripción para contactarle.

5. **Dirección de Correos:** ¿Es su dirección de correos la misma que la del lugar donde provee cuidado infantil o es la dirección de su casa provista anteriormente?
 Sí, la misma que el lugar de cuidado infantil. **Sí**, la misma que la dirección de la casa.
 No. Si "no", provea su dirección debajo.

Número de Casa	Calle	Apto.	
Dirección-Línea 2		Piso	
Ciudad	Estado	Zona Postal	
Condado			

6. ¿Estaba usted antes inscrito como proveedor(a) de cuidado infantil legalmente exento?
 Sí. Si "sí", provea el año de inscripción, _____, y el condado donde usted vivía, _____.
 No.
7. Enumere abajo los condados/distritos que están emitiendo pagos de subsidio por el cuidado infantil que usted actualmente provee.
- Distrito: _____ ID Local/No. Vendedor³ si tiene: _____
 Distrito: _____ ID Local/No. Vendedor, si tiene: _____
 Distrito: _____ ID Local/No. Vendedor, si tiene: _____
8. ¿Lee inglés? **Sí**. **No**. Si "no", ¿en qué idioma lee mejor? _____.
9. ¿Habla inglés? **Sí**. **No**. Si "no", ¿qué idioma habla mejor? _____.
10. ¿Provee otra persona cuidado infantil en el mismo lugar donde usted intenta proveer cuidado infantil?
 Sí. **Describa:** _____
 No.

B. TIPO DE CUIDADO INFANTIL LEGALMENTE EXENTO:

1. Escoja la declaración que describe los servicios de cuidado infantil que usted provee. Marque A, B, ó C. Provea información adicional según se indica.
- A) **Yo soy un proveedor(a) de Cuidado Infantil en el Hogar (In-Home Child Care Provider).** Yo proveo cuidado en el hogar del niño(a) y sólo cuido a niños que viven en el hogar. (Proveedor(a) y padre/madre/encargado(a): Por favor lea el formulario OCFS-LDSS-4699.2A-S, luego complete y ADJUNTE el Acuerdo del Proveedor(a) de Cuidado Infantil en Familia Legalmente Exento (OCFS-LDSS-4699.2-S).
- B) **Yo soy un proveedor(a) de Cuidado Infantil en Familia (Family Child Care Provider).** Yo proveo cuidado en mi propia casa, o en la de otra persona. Cuido a por lo menos un niño(a) que no vive en el hogar donde se provee cuidado. (Escoja 1, 2, ó 3 abajo, el que mejor describa su situación.
- 1) **Cuidado como pariente-** Soy abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), tío(a), tío(a) abuelo(a), hermano(a) o primo(a) hermano(a) de **TODOS** los niños bajo cuidado; O
- 2) Cuido a no más de 2 niños (sin contar mis propios hijos o cualquier hijo(a) mayor de 13 años); O
- 3) Cuido a 3 o más niños. Sin embargo, nunca tengo más de 2 niños bajo cuidado al mismo tiempo por más de tres horas al día.
- C) **Otro**—Yo proveo cuidado diferente a las opciones anteriores A ó B. **Explique:** _____

(No puede inscribirse hasta que usted pruebe que es exento legalmente de los requisitos de licencia y registro).

³ Proveedor(a)/ No. de Vendedor es un número asignado y usado por el distrito de servicios sociales local para identificar al proveedor(a).

2. ¿Es menor de 18 años de edad?

- Sí.** Usted debe cumplir con los requisitos del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York. *Provea los documentos listados abajo para demostrar que usted satisface los requisitos. Marque para demostrar que se adjunta el ítem.*
 - He **ADJUNTADO** el Empleo de Menores de Edad (OCFS-LDSS-4699.1-S, Rev. 2010).
 - He **ADJUNTADO** una copia de mis documentos de trabajo, los que son requeridos si soy un menor de edad que está proveyendo **Cuidado Infantil en Familia**. (No se requiere para proveedores de cuidado infantil en el hogar).
- No.**

C. PERSONAS PRESENTES EN EL LUGAR DE CUIDADO INFANTIL

Las personas que estén presentes en el lugar de cuidado infantil cuando se provea cuidado infantil y tengan contacto con los niños que usted cuida deben pasar por una verificación de antecedentes, según lo requieren reglamentaciones de salud y de seguridad del Estado de Nueva York. Esto se aplica a:

- Un empleado(a): Una persona que usted contrate para trabajar en el lugar de cuidado infantil.
- Un voluntario(a): Una persona que a veces está en el lugar de cuidado infantil y quien puede que tenga contacto con los niños a quienes usted cuida.
- Para cuidado infantil en familia, un miembro(a) del hogar: Una persona que vive en e el hogar donde se provee cuidado.

NOTA: El proveedor(a) de cuidado infantil inscrito es la persona autorizada para cuidar a niños que reciben subsidios. El proveedor(a) de cuidado infantil inscrito debe estar presente y debe supervisar en todo momento. Empleados, voluntarios y miembros del hogar **NO** pueden sustituir al proveedor(a) en el cuidado de niños y no pueden quedarse solos con los niños.

1. ¿Tiene algún empleado(a) o voluntario(a), como se describe anteriormente?

- No.** **Sí.** Si "sí", enumere todos en el Cuadro 1, debajo, y adjunte más hojas si es necesario.

CUADRO 1-VOLUNTARIOS Y EMPLEADOS DEL PROVEEDOR(A) DE CUIDADO INFANTIL

NOMBRE (INCLUYA Y ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE SOLTERO(A) Y OTROS NOMBRES ALIAS POR LOS QUE SE CONOCE A LOS VOLUNTARIOS Y EMPLEADOS)				PAPEL EMPLEADO(A) O VOLUNTARIO(A)	GENERO (M O F)	FECHA DE NACIMIENTO
A)	Apellido	Nombre	IM Sufijo			/ /
B)	Apellido	Nombre	IM Sufijo			/ /
C)	Apellido	Nombre	IM Sufijo			/ /
D)	Apellido	Nombre	IM Sufijo			/ /
E)	Apellido	Nombre	IM Sufijo			/ /

2. Sólo los proveedores de Cuidado Infantil en Familia deben contestar la siguiente pregunta:

¿Hay adultos de 18 años de edad o mayores (sin incluir al proveedor(a) de cuidado infantil) viviendo en la residencia donde se provee cuidado infantil? Esto incluye: miembros de la familia, miembros que no son de la familia, inquilinos compartiendo el hogar, compañeros de apartamento, adultos colocados bajo su cuidado, y cualquier otra persona adulta que viva en la residencia donde se provee cuidado infantil.

- No.**
- Sí.** Identifique en la Tabla 2 abajo cada persona que vive en la residencia donde se provee el cuidado. *Adjunte más hojas si es necesario.*

TABLA 2-MIEMBROS DEL HOGAR DE 18 AÑOS O MÁS, VIVIENDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO INFANTIL

NOMBRE (INCLUYA Y ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE SOLTERO(A) Y CUALQUIER OTRO NOMBRE POR EL QUE LOS MIEMBROS DEL HOGAR SEAN CONOCIDOS)				GENERO (M o F)	FECHA DE NACIMIENTO
A)	Apellido	Nombre	IM Sufijo		/ /
B)	Apellido	Nombre	MI Sufijo		/ /
C)	Apellido	Nombre	MI Sufijo		/ /
D)	Apellido	Nombre	MI Sufijo		/ /
E)	Apellido	Nombre	MI Sufijo		/ /
F)	Apellido	Nombre	MI Sufijo		/ /

D. OTRAS CUALIDADES Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

1. ELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR(A) POR CAPACITACIÓN PARA MEJORES TARIFAS

¿Ha completado 10 horas de capacitación durante los **últimos 12 meses** con la intención de mejorar la calidad de cuidado que provee?

- Sí.** Si contestó "sí", puede que usted sea elegible para recibir una tarifa mejor. **ADJUNTO** está el Registro de Entrenamiento para Proveedores de Cuidado Infantil Legalmente Exento (OCFS-LDSS-4699.3-S) y sus certificados de capacitación.
- No.**

2. PROGRAMA FEDERAL DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS

El Programa Alimenticio para Niños y Adultos (*Child and Adult Care Food Program--CACFP*) ayuda a los programas de cuidado infantil con dinero para los gastos de comidas y bocadillos. ¿Participa actualmente en CACFP?

- A) **No.** Si desea información acerca de CACFP, llame al: 1(800) 942-3858.
- B) **Sí.** Si "sí", provea información acerca de su participación en CACFP y ADJUNTE prueba de su participación debajo, fechada dentro de los últimos 12 meses:

- 1) Nombre de la Agencia Patrocinadora: _____
- 2) ID de la Agencia Patrocinadora (si se conoce): _____
- 3) Su No. de Proveedor(a) de CACFP: _____
- 4) No. de Acuerdo: _____

- 5) Prueba de Participación: _____ Tipo de Prueba (Marque debajo para indicar prueba adjunta)
- Fecha de la Prueba: _____
- CACFP Demanda con Talón de Reembolso
 - CACFP Lista de Control (*Monitoring Checklist-DOH-4118*)
 - CACFP Solicitud y Acuerdo Continuo (*Continuous Application and Agreement--DOH-3705*)

3. CANTIDAD QUE USTED COBRA

¿Cobra a los padres que reciben subsidio la misma cantidad que cobra a los padres que no reciben subsidio para los niños de la misma edad y cuidado similar?

- A) **Sí.**
- B) **No.** Si "no", escoja la declaración que describe la cantidad que cobra.
 - 1) Cobro a los padres que reciben subsidio **menos** de lo que cobro a los otros padres.
 - 2) Cobro a los padres que reciben subsidio **más** de lo que cobro a otros padres.

4. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Las leyes del Estado de Nueva York restringen el derecho de administrar medicamentos aparte de pomadas de uso externo y venta libre, protectores solares y repelentes de insectos de venta libre y uso externo, a ciertos profesionales médicos autorizados por el estado para administrar medicamentos. Algunas personas están exentas de este requisito por su relación con el niño(a), la familia o los miembros del hogar, y están autorizadas a administrar medicamentos, incluidos:

- El padre, madre o encargado(a), padre o madre adoptivo, tutor(a) o guardián legal, o miembro del hogar del niño(a),
- El proveedor(a) de cuidado infantil empleado(a) por el padre, la madre, el tutor(a) o encargado(a) para cuidar a los niños en el hogar del niño(a),
- Miembros de la familia con relaciones de hasta el tercer grado de consanguinidad con los padres o padres adoptivos del niño(a). Esto incluye el abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), tío(a) (y sus cónyuges), tío(a) abuelo(a) (y sus cónyuges), hermano(a) o primo(a) hermano(a) (y sus cónyuges).
- Los proveedores de cuidado infantil que han sido capacitados y autorizados por la Oficina de Servicios para Niños y Familias (*Office of Children and Family Services--OCFS*), bajo el Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos, y aprobados por un asesor médico(a) habilitado, y quienes:
 - se desempeñen de acuerdo con las reglamentaciones del Estado de Nueva York, que incluyen capacitación sobre la administración de medicamentos.
 - hayan sido autorizados por el padre, madre o encargado(a), padre o madre adoptivo, tutor(a) o guardián legal, o miembro del hogar del niño(a) para administrar medicamentos, y
 - administren medicamentos a niños subsidiados bajo cuidado.

Para poder recibir la autorización de la OCFS para administrar medicamentos, los proveedores de cuidado infantil deben tener como mínimo 18 años y conocer el idioma en el que se redactarán las autorizaciones de los padres y las instrucciones del proveedor(a) de atención médica.

Cualquier persona que NO ESTE AUTORIZADA por las leyes del Estado de Nueva York, o que no estén exentas de este requisito legal, SOLO podrán administrar pomadas o ungüentos de uso externo y venta libre, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo. Algunos ejemplos de los medicamentos que estos proveedores NO PUEDEN ADMINISTRAR son, entre otros: Tylenol®; Ritalin®; insulina; antibióticos; y gotas para los oídos, los ojos o la nariz.

A) ¿Tiene usted, sus empleados o voluntarios PERMISO LEGAL para administrar medicamentos a los niños cuyo cuidado es subsidiado?

Marque *todas las declaraciones que se aplican a usted. Provea toda la información pertinente.*

- 1) **Sí.** Tengo una RELACION sanguínea o por matrimonio de hasta el tercer grado con el padre/madre del niño(a) o con el padrastro o madrastra del mismo(a). Por lo tanto, tengo permiso para administrar medicamentos al niño(a) o niños, siguiendo las instrucciones del proveedor(a) de salud y las del padre/madre con respecto a permisos apropiados.
 - Soy el abuelo(a) de: _____
 - Soy bisabuelo(a) de: _____
 - Soy tatarabuelo(a) de: _____
 - Soy el tío(a) (y su cónyuge) de: _____
 - Soy tío(a)/abuelo(a) (y su cónyuge) de: _____
 - Soy primo(a) hermano(a) (y su cónyuge) de: _____
 - Soy el hermano(a) de _____

2) **Sí.** Estoy PROVEYENDO CUIDADO EN EL HOGAR de los siguientes niños: _____. Por lo tanto, tengo PERMISO para administrar medicamentos a estos niños con el permiso apropiado del padre/madre y siguiendo las instrucciones del proveedor(a) de cuidado de salud.

3) **Sí.** Soy profesional médico en el Estado de Nueva York AUTORIZADO POR EL DEPARTAMENTO DE EDUCACION DEL ESTADO DE NUEVA YORK (NYSED) para administrar medicamentos. Por lo tanto, tengo permiso para administrar medicamentos a niños bajo mi cuidado con el permiso apropiado del padre/madre y siguiendo las instrucciones del proveedor(a) de cuidado.

a) Mi profesión es (*marque una*):

- Enfermera(o) Registrada(o)
- Enfermero(a) Practicante
- Médico(a)
- Médico(a) Asistente

b) Número de Licencia: _____

He adjuntado una copia de mi actual licencia médica profesional del Estado de Nueva York. (*Requerido*)

4) **Sí.** TENGO un Plan de Salud para la Administración de Medicamentos (OCFS-LDSS-7000-S) aprobado dentro de los dos últimos años. Por lo tanto, el administrador(a) calificado de medicamentos mencionado abajo está AUTORIZADO POR OCFS para administrar medicamentos a niños subsidiados bajo mi cuidado, de acuerdo a las instrucciones del proveedor(a) de salud y las del padre/madre con respecto a permisos apropiados.

a) Fecha de aprobación del plan: _____

He adjuntado una copia de la **primera página y la página de aprobación** de mi Plan de Salud para la Administración de Medicamentos (OCFS-LDSS-7000-S).

b) Nombre del Administrador(a) de Medicamentos calificado: _____.

c) Nombre del Asesor(a) de Salud: _____.

d) Profesión del Asesor(a) de Salud (*marque una*):

- Enfermera(o) Registrada(o)
- Enfermera(o) Practicante
- Médico(a)
- Médico(a) Asistente

e) Número de Licencia: _____.

5) **No.** Ninguno de los permisos mencionados anteriormente se aplica a mi persona. Yo no estoy autorizado por OCFS o NYSED. Comprendo que **no puedo administrar medicamentos** a niños bajo mi cuidado, excepto: pomadas o ungüentos de uso externo y venta libre, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo cremas.

B) ¿Está interesado(a) en obtener autorización para administrar medicamentos a niños subsidiados bajo su cuidado?

Sí. Deseo conocer el proceso. Por favor envíeme el Plan de Salud para la Administración de Medicamentos para Proveedores Legalmente Exentos (OCFS-LDSS-7007-S).

No. No buscaré autorización para administrar medicamentos en este momento.

- C) Estoy de acuerdo. Administraré medicamentos cumpliendo la Ley del Estado de Nueva York y sólo hasta el límite permitido por la ley, lo que he indicado como selección anteriormente.
 Sí. **No.**
- D) Si tengo empleados o voluntarios, me aseguraré de que cada uno administre medicamentos de acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y sólo hasta el límite permitido por la ley.
 Sí. **No.**

3. HORAS DE OPERACIÓN

¿Cuáles son las horas en las que generalmente provee cuidado infantil? *Marque todo lo que se aplique.*


- Mañanas
- Tardes
- Anochecer
- Por la noche
- Antes de la escuela
- Después de la escuela
- Sustituto Solamente
- Fin de semana
- Sábado
- Domingo
- Día de semana
- Lunes
- Martes
- Miércoles
- Jueves
- Viernes

E. VERIFICACIÓN DEL ESTATUS LEGALMENTE EXENTO


1. HORARIOS DE CUIDADO INFANTIL

- A) Para cada niño(a) que recibe subsidio bajo su cuidado o a quien planea cuidar, provea TODA la información requerida.
- B) Para cada niño(a) que no recibe subsidio provea la misma información, excepto el APELLIDO del nombre del niño(a).

INFORMACION DEL NIÑO(A) Y HORARIOS DE CUIDADO

	NOMBRE DEL NIÑO(A):								
	EDAD DEL NIÑO(A):			EDAD DEL NIÑO(A):			EDAD DEL NIÑO(A):		
	NOMBRE DEL PADRE/MADRE:			NOMBRE DEL PADRE/MADRE:			NOMBRE DEL PADRE/MADRE:		
	RELACIÓN DEL PROVEEDOR(A) CON EL NIÑO(A):			RELACIÓN DEL PROVEEDOR(A) CON EL NIÑO(A):			RELACIÓN DEL PROVEEDOR(A) CON EL NIÑO(A):		
	¿CASO DE SUBSIDIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿CASO DE SUBSIDIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿CASO DE SUBSIDIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	HORARIO DE CUIDADO INFANTIL			HORARIO DE CUIDADO INFANTIL			HORARIO DE CUIDADO INFANTIL		
	DEJAR	RECOGER	HRS / Día	DEJAR	RECOGER	HRS / Día	DEJAR	RECOGER	HRS / Día
	LUNES	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
MARTES	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	
MIÉRCOLES	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	
JUEVES	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	
VIERNES	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	
SABADO	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	
DOMINGO	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	
TOTAL DE HORAS POR SEMANA			TOTAL DE HORAS POR SEMANA			TOTAL DE HORAS POR SEMANA			

INFORMACION DEL NIÑO(A) Y HORARIOS DE CUIDADO

	NOMBRE DEL NIÑO(A):			NOMBRE DEL NIÑO(A):			NOMBRE DEL NIÑO(A):			
	EDAD DEL NIÑO(A):			EDAD DEL NIÑO(A):			EDAD DEL NIÑO(A):			
	NOMBRE DEL PADRE/MADRE:			NOMBRE DEL PADRE/MADRE:			NOMBRE DEL PADRE/MADRE:			
	RELACIÓN DEL PROVEEDOR(A) CON EL NIÑO(A):			RELACIÓN DEL PROVEEDOR(A) CON EL NIÑO(A):			RELACIÓN DEL PROVEEDOR(A) CON EL NIÑO(A):			
	¿CASO DE SUBSIDIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿CASO DE SUBSIDIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿CASO DE SUBSIDIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	HORARIO DE CUIDADO INFANTIL			HORARIO DE CUIDADO INFANTIL			HORARIO DE CUIDADO INFANTIL			
	DEJAR	RECOGER	HRS / DÍA	DEJAR	RECOGER	HRS / DÍA	DEJAR	RECOGER	HRS / DÍA	
LUNES	AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		
MARTES	AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		
MIÉRCOLES	AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		
JUEVES	AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		
VIERNES	AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		
SABADO	AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		
DOMINGO	AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		AM PM	AM PM		
TOTAL DE HORAS POR SEMANA				TOTAL DE HORAS POR SEMANA				TOTAL DE HORAS POR SEMANA		

LOS NIÑOS BAJO EL CUIDADO DEL PROVEEDOR(A)

A) ¿A cuántos de sus niños cuida en este establecimiento durante las horas de cuidado? *Provea datos abajo. No deje espacios en blanco. Escriba "cero" donde se aplique.*

- 1) Entre recién nacido y los 4 años de edad: _____.
- 2) Entre los 5 y los 12 años de edad: _____.

B) ¿Cuida a niños, sin contar los suyos, que **NO** están recibiendo subsidios para el cuidado infantil?

- 1) **Sí.** Si "sí", indique el número de niños sin subsidio, sin contar a los suyos, abajo.
 - a) Número de niños de parientes sin subsidio: _____.
 - a) Número de niños sin subsidio de personas sin parentesco: _____.

Nota: Todos los niños sin subsidio bajo cuidado DEBEN ser listados en la página anterior.

- 2) **No.**
- C) ¿Ha comenzado a proveer cuidado infantil para todos los niños cuyos horarios se indican anteriormente?
 - 1) **Sí.**
 - 2) **No.** Si "no", ¿cuándo se iniciará el cuidado?

NOTA: Si hay algunos cambios en el número de niños que usted cuida, las horas durante las que usted provee cuidado y el lugar donde lo provee puede afectar su elegibilidad como proveedor(a) legalmente exento y/o requerir que obtenga una licencia o se inscriba para operar un programa de cuidado diurno. Tales cambios deben reportarse a la agencia encargada de la inscripción inmediatamente.

F. LISTA DE VERIFICACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD

El proveedor(a) y el padre/madre/encargado(a) inspeccionan el lugar del establecimiento de cuidado infantil y completan la sección de abajo juntos.

Yo satisfago y estoy de acuerdo en continuar satisfaciendo los requisitos básicos de salud y seguridad indicados abajo.

Marque una respuesta para cada ítem de abajo.

<u>SI</u>	<u>NO</u>	El proveedor(a) satisface los siguientes requisitos básicos de salud y seguridad antes de cuidar a los niños:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Yo y todos los niños tienen dos salidas separadas y distantes para salir del edificio en caso de emergencias.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Las habitaciones de los niños tienen buena calefacción, están bien iluminadas y están bien ventiladas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Mi establecimiento de cuidado infantil está libre de áreas no seguras (como piscinas, zanjas de desagüe abiertas, pozos de agua, hoyos, estufas a leña o a carbón, chimeneas y calentadores de ambiente a gas). Si hay áreas que no son seguras, las mismas están rodeadas por barreras resistentes que impiden que los niños se acerquen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Si se provee cuidado infantil en pisos superiores, existen barandas o cerrojos en las ventanas para evitar que los niños se caigan.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. El suministro de agua es seguro. Los baños funcionan. Hay agua corriente, caliente y fría, en todo momento.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Yo, todos los empleados y voluntarios que pueden tener contacto regular con los niños están físicamente, emocionalmente y mentalmente aptos para atender a los niños.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Yo, todos los empleados y voluntarios que pueden tener contacto regular con los niños no padecemos de ninguna enfermedad contagiosa que pueda poner en riesgo la salud y la seguridad de los niños bajo cuidado. Si yo, un empleado(a) o voluntario(a) que pueda tener contacto regular con los niños tiene una enfermedad contagiosa, yo debo obtener una declaración del médico(a) de esa persona que indique que la presencia de una enfermedad contagiosa no pone en riesgo la salud y la seguridad de los niños bajo cuidado. <input type="checkbox"/> He ADJUNTADO una declaración de un médico, si yo, un empleado(a) o voluntario(a) que pueda tener contacto regular con los niños tiene una enfermedad contagiosa, y esa enfermedad no pone en riesgo la salud y la seguridad de los niños bajo cuidado.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Mi establecimiento de cuidado infantil está libre de condiciones peligrosas o inseguras que podrían lastimar a los niños. Esto incluye, pero no se limita a: <ul style="list-style-type: none"> • Los cuchillos y otros objetos cortantes están fuera del alcance de los niños. • Los tapetes, las alfombritas o alfombras continuas, y los cables eléctricos están sujetos para que los niños no se tropiecen. • Los cables eléctricos no corren por debajo de los muebles o las alfombras y están fuera del alcance de los niños pequeños. • Los cables de extensión no están sobrecargados. • Las pistolas y otras armas de fuego están descargadas y guardadas bajo llave, y la llave se mantiene en un lugar seguro. La munición se guarda por separado. • Las cuerdas de las persianas y cortinas de las ventanas están fuera del alcance de los niños. • Los líquidos calientes están fuera del alcance de los niños. • Los artículos pequeños con los que los niños podrían sofocarse están fuera de su alcance. • Los detectores de monóxido de carbono están instalados donde los niños que cuidan duermen o descansan y en cada piso del hogar donde se provee cuidado.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Los fósforos, encendedores, medicamentos/drogas, artículos de limpieza, detergentes, aerosoles y otros materiales venenosos o tóxicos están almacenados en sus envases originales. Se presta la debida atención para que éstos no entren en contacto con los niños, no estén donde se preparan los alimentos o en otro sitio que pudiese ser riesgoso para los niños. Todos estos materiales se guardan en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Cada niño(a) recibirá las comidas y los bocadillos acordados entre el padre, la madre, el tutor(a) o encargado(a) y el proveedor(a).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Yo refrigeraré la leche, la leche de fórmula y otros alimentos que se echan a perder si se dejan afuera.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Yo no calentaré la leche de fórmula, la leche materna y demás alimentos para lactantes en hornos de microondas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Yo siempre permitiré que el padre, la madre o el tutor(a) o encargado(a) con custodia tenga acceso ilimitado a su(s) niño(s) bajo cuidado, al lugar del programa mientras el/los niño(s) permanezca(n) allí, y a los registros escritos relacionados con el niño(a).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Yo llevaré a cabo simulacros o ejercicios de evacuación con los niños por lo menos una vez al mes para que ellos sepan qué hacer en caso de emergencias.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Tengo un teléfono que funciona O puedo conseguir uno rápidamente en caso de emergencias. Los números de teléfono del departamento de bomberos, de la policía local o estatal o alguacil de policía o "sheriff", del centro de toxicología y del servicio de ambulancias se encuentran cerca del teléfono y son fáciles de ver.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Usaré cubiertas de enchufe, protectores o instalaré dispositivos de seguridad en todos los enchufes eléctricos que un niño(a) podría alcanzar cuando cuide a un niño(a) menor de 5 años de edad.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. La pintura y el yeso de las paredes están en buen estado, de modo que no hay peligro de que los niños se lleven trocitos de yeso o de pintura a la boca ni de que éstos caigan en los alimentos.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Tengo como mínimo un detector de humo en funcionamiento en cada ambiente de la vivienda. Lo controlaré periódicamente para asegurarme de que todos los detectores funcionen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Tengo un botiquín de primeros auxilios portátil en mi establecimiento de cuidado infantil de fácil acceso en caso de emergencias y mis abastecimientos de primeros auxilios están en un recipiente limpio, fuera del alcance de los niños. Tiene los elementos necesarios para tratar las lesiones y los problemas infantiles comunes. Reemplazaré los abastecimientos del botiquín de primeros auxilios a la brevedad posible, después de haberlos usado o de que venzan.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. He RECIBIDO del padre/madre/encargado(a) del niño(a) o de los niños un(a): <ul style="list-style-type: none"> • Comprobante firmado de un médico(a) u otro proveedor(a) de atención médica que: el/los niño(s) han recibido todas las inmunizaciones apropiadas para la edad del/de los/ niño(s); <u>Q</u> • Comprobante que una o más de las inmunizaciones causarían daño a la salud del/de los niño(s); <u>Q</u> • Declaración indicando que el/los niño(s) no han sido inmunizados debido a las creencias religiosas del padre/madre/encargado(a) del/de los niño(s).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Las gradas, barandas, terrazas y los balcones están en buenas condiciones.

Sólo los proveedores de **Cuidado Infantil en Familia** deben responder las preguntas *número 22* más abajo.

<u>SI</u>	<u>NO</u>	El proveedor(a) satisface los siguientes requisitos de salud y seguridad antes de cuidar a los niños:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Todas las personas que viven en el hogar donde se provee cuidado están libres de enfermedades contagiosas. Si una persona que vive en el hogar <u>tiene</u> una enfermedad contagiosa, debo tener una declaración del proveedor(a) de atención médica de esa persona indicando que la presencia de una enfermedad contagiosa no pone en riesgo la salud o la seguridad de los niños bajo mi cuidado. 23. <input type="checkbox"/> He adjuntado una declaración del médico(a), si alguna persona que vive en el hogar tiene una enfermedad contagiosa, indicando que esa enfermedad no pone en riesgo la salud de los niños bajo mi cuidado.

G. CONDICIONES DE COMPORTAMIENTO DEL PROVEEDOR(A)

Todos los proveedores de cuidado infantil deben responder estas preguntas.

SI	NO	El proveedor(a) satisface y está de acuerdo en cumplir con los siguientes requisitos básicos de salud y seguridad antes de cuidar al niño(s):
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Yo comprendo y estoy de acuerdo que nunca usaré el castigo corporal o permitiré que otros usen castigo físico mientras el niño(a) o los niños estén bajo mi cuidado. El castigo físico significa hacer daño directamente al cuerpo del niño(a) para castigarlo, como ser: <ul style="list-style-type: none"> • Pegar, morder, dar palmetazos o bofetadas, sacudir, retorcer, dar apretones; • Hacer que el niño(a) haga ejercicios físicos en exceso; • Forzar a que el niño(a) se quede quieto por largos períodos de tiempo; • Hacer que el cuerpo del niño(a) permanezca en posiciones dolorosas y extrañas; • Bañar al niño(a) en agua extremadamente fría o caliente; y • Forzar a que el niño(a) coma o tenga en su boca jabón, comida, especias o condimentos picantes, sustancias extrañas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Yo comprendo y estoy de acuerdo de que nunca usaré o estaré bajo la influencia del alcohol o las drogas mientras los niños estén bajo cuidado y me aseguraré de que los niños bajo mi cuidado no estén en contacto con personas que usan drogas o alcohol.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Yo comprendo y estoy de acuerdo en que no fumaré o permitiré que se fume dentro de un lugar o en áreas cerradas, tales como automóviles o vehículos, cuando los niños estén presentes.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Yo comprendo y estoy de acuerdo que nunca dejaré a los niños solos o sin supervisión.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Yo comprendo y estoy de acuerdo de que SIEMPRE estaré presente cuando los niños estén bajo el cuidado de mis empleados y voluntarios y miembros del hogar, en los casos en que se provea cuidado en un hogar diferente al hogar del niño(a).

H. HISTORIAL RELEVANTE – PERSONAS EN EL LUGAR DE CUIDADO INFANTIL

1. PROVEEDORES SOLAMENTE

A) TERMINACIÓN DE LOS DERECHOS PATERNOS/MATERNOS DEL PROVEEDOR(A)

Yo certifico y atestigo que (*marque uno*):

- 1) **Nunca** se me han anulado o cancelado mis derechos de padre/madre bajo la Ley de Servicios Sociales 384-b o una autoridad legal equivalente.
- 2) **Se me han anulado o cancelado** mis derechos de padre/madre bajo la Ley de Servicios Sociales 384-b o una autoridad legal equivalente.

He **ADJUNTADO** el formulario de Historial de Terminación de Derechos Paternos/Maternos y/o Retiro del Niño(a)/Niños por Orden del Tribunal según Artículo 10 y Reconocimiento Paterno/Materno ⁴ (OCFS-LDSS-4917-S).

B) RETIRO DE NIÑOS DEL PROVEEDOR(A) POR ORDEN DEL TRIBUNAL, ARTÍCULO 10

Yo certifico y atestigo que (*marque uno*):

- 1) **Nunca** se retiraron niños de mi cuidado por orden del tribunal, en un proceso legal bajo el Artículo 10 (protección de menores) de la Ley del Tribunal de la Familia.
- 2) **Se retiraron** niños de mi cuidado por orden del tribunal, en un proceso legal bajo el Artículo 10 (protección de menores) de la Ley del Tribunal de la Familia.

He **ADJUNTADO** el formulario de Historial de Terminación de Derechos Paternos/Maternos y/o Retiro del Niño(a)/Niños por Orden del Tribunal según Artículo 10 y Reconocimiento Paterno/Materno ⁵ (OCFS-LDSS-4917-S).

⁴ Si necesita una copia de este formulario, por favor contacte a su distrito local de servicios sociales o a su agencia encargada de inscribir a proveedores de cuidado infantil legalmente exentos.

⁵ Si necesita una copia de este formulario, por favor contacte a su distrito local de servicios sociales o a su agencia encargada de inscribir a proveedores de cuidado infantil legalmente exentos.

C) CUMPLIMIENTO DE RESPONSABILIDADES DEL PROVEEDOR(A) DE CUIDADO DIURNO

Nota: Un programa de "cuidado diurno" incluye centros de cuidado infantil licenciados o registrados, al igual que hogares de cuidado diurno en familia u hogares de cuidado diurno de un grupo en familia, o centros pequeños de cuidado infantil y/o programas de cuidado para niños en edad escolar.

- 1) Yo certifico y atestigo que (*marque uno*):
 - Se me ha negado** una solicitud para una licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil diurno.
 - No se me ha negado una solicitud** para una licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil diurno.
- 2) Yo certifico y atestigo que (*marque uno*):
 - Se me ha revocado o suspendido** la licencia o el registro para operar un programa de cuidado diurno.
 - No se me ha revocado o suspendido** la licencia o el registro para operar un programa de cuidado diurno.
- 3) Si se le ha **negado** una licencia o un registro para operar un programa de cuidado diurno infantil o si se le ha **revocado** o **suspendido** una licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil, complete lo siguiente:
 - a) **Nombre del Programa y Lugar:** _____
 - b) He **ADJUNTADO** el formulario de Historial de Ejecutoria de Cuidado Diurno y Reconocimiento del Padre/Madre,⁴ (OCFS-LDSS-4916-S).

2. PROVEEDOR(A), EMPLEADOS, VOLUNTARIOS Y MIEMBROS DEL HOGAR**D) CUMPLIMIENTO DE RESPONSABILIDADES DEL PROVEEDOR(A) DE CUIDADO DIURNO**

Nota: Un programa de "cuidado diurno" incluye centros de cuidado infantil licenciados o registrados, al igual que hogares de cuidado diurno en familia u hogares de cuidado diurno de un grupo en familia, o centros pequeños de cuidado infantil y/o programas de cuidado para niños en edad escolar

- 4) Yo certifico y atestigo que (*marque uno*):
 - Se me ha negado** una solicitud para una licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil diurno.
 - No se me ha negado una solicitud** para una licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil diurno.
- 5) Yo certifico y atestigo que (*marque uno*):
 - Se me ha revocado o suspendido** la licencia o el registro para operar un programa de cuidado diurno.
 - No se me ha revocado o suspendido** la licencia o el registro para operar un programa de cuidado diurno.
- 6) Si se le ha **negado** una licencia o un registro para operar un programa de cuidado diurno infantil o si se le ha **revocado** o **suspendido** una licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil, complete lo siguiente:
 - a) **Nombre del Programa y Lugar:** _____
 - b) He **ADJUNTADO** el formulario de Historial de Ejecutoria de Cuidado Diurno y Reconocimiento del Padre/Madre,⁴ (OCFS-LDSS-4916-S).

3. PROVEEDOR(A), EMPLEADOS, VOLUNTARIOS Y MIEMBROS DEL HOGAR**A) HISTORIAL CRIMINAL**

- 1) He listado en la subsección I. C de este formulario a: TODOS los empleados, voluntarios y, si proveo cuidado en un hogar distinto al del hogar del niño(a), a todos los miembros del hogar de 18 años de edad o más que puedan tener contacto regular con los niños bajo cuidado:
 - Sí.**
 - No.**

- 2) Si proveo cuidado en un hogar distinto al hogar del niño(a), también he listado a todos los miembros del hogar en la subsección I. C de este formulario.
- 3) Certifico que he preguntado a las siguientes personas si **han sido sentenciadas o declarado culpables por un crimen**:
- Cada persona que está viviendo en el hogar (a diferencia del hogar propio de los niños) que tienen 18 años de edad o más,
 - Cada voluntario que pueda tener contacto regular con los niños bajo cuidado, y
 - Cada empleado(a).
- Sí.**
- No.**
- 4) ¿Ha sido usted, su empleado(a) o su voluntario(a) **sentenciado alguna vez por un crimen** en el Estado de Nueva York o cualquier otro lugar?
- Sí.** Provea los nombres de las personas sentenciadas _____.
- He **ADJUNTADO** un formulario completo de *Historial de Convicciones Criminales y Reconocimiento del Padre/Madre* (OCFS-LDSS-4915-S), para cada persona con un historial criminal.
- No.**
- 5) Para proveedor(a) tipo Cuidado Infantil en Familia únicamente: ¿ha sido sentenciada por un crimen en el Estado de Nueva York u otro lugar alguna persona que vive en el hogar donde se provee cuidado infantil y tiene 18 años o más de edad?
- Sí.** Provea los nombres de las personas sentenciadas _____.
- He **ADJUNTADO** un formulario completo de *Historial de Convicciones Criminales y Reconocimiento del Padre/Madre* (OCFS-LDSS-4915-S), para cada persona con un historial criminal.
- No.**

B) REPORTE INDICADOS DE ABUSO Y MALTRATO INFANTIL

He pedido a TODOS los empleados, voluntarios e individuos quienes estén ayudando con el cuidado de niños o quienes tengan contacto regular con los niños y, si proveo cuidado en un hogar diferente al hogar donde residen los niños, a todos los miembros del hogar de 18 años de edad o mayores, si ellos han sido sujetos a un reporte de abuso o maltrato infantil indicado. He informado al padre/madre/encargado(a) si yo o cualesquiera de estos individuos han sido sujetos de algún informe indicado de abuso o maltrato infantil. Cuando se ha dado la existencia de una indicación de abuso o maltrato infantil, he provisto por escrito al padre/madre/encargado(a) información verdadera y correcta, incluyendo:

- Una descripción del o los incidente(s), y
 - La fecha de la(s) indicación/indicaciones, y
 - Cualquier otra información relevante con respecto a la(s) indicación/indicaciones.
- Sí.**
- No.**

I. ACUERDOS DEL PROVEEDOR(A) Y CERTIFICACIONES

PRESENTANDO ACTUALIZACIONES Y CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

- ✘ Yo presentaré inmediatamente un nuevo formulario de inscripción a la agencia de inscripción si empiezo a proveer cuidado infantil en un lugar diferente al indicado en este formulario.
- ✘ Yo informaré a la agencia inmediatamente si hay cambios en:
 - mis datos de contacto,
 - los niños que cuido o las horas en las que proveo cuidado,
 - las personas que tienen contacto con lo niños bajo mi cuidado,
 - cualquier información provista en el formulario de inscripción o cambios en los adjuntos.
- ✘ Yo informaré a la agencia encargada de la inscripción inmediatamente cuando:
 - Cualquier persona de 18 años o más se traslade al hogar donde se provea "Cuidado Infantil en Familia" o se quede más de unos días (Cuidado infantil en **Familia** solamente).
 - Cualquier niño(a) que esté viviendo en el hogar donde se provea "Cuidado Infantil en Familia" que cumpla los 18 años de edad. (Cuidado Infantil en **Familia** solamente)
 - Yo contrato o recibo ayuda para cuidar a los niños.

4. REQUISITOS DE SALUD Y SEGURIDAD

- ✘ Yo comprendo que no puedo ser inscrito y que el pago no puede efectuarse hasta que todos los ítems marcados "No" sean corregidos en la Lista de Verificación de Salud y Seguridad y la Lista de Verificación de Condiciones de Comportamiento.
- ✘ Yo continuaré satisfaciendo todos los requisitos básicos de salud y seguridad listados en las lista de verificación y
 - El padre/madre/encargado(a) y yo hemos inspeccionado el hogar y hemos completado la Lista de Verificación de Salud y Seguridad y la Lista de Condiciones de Comportamiento del Proveedor(a) juntos.
 - Yo notificaré y proveeré documentación a la agencia encargada de la inscripción cuando cualquier ítem en las listas haya sido corregido o haya cambiado.

5. COMPARTIENDO INFORMACIÓN Y LA VERIFICACIÓN DE DATOS

- ✘ Yo autorizo a la agencia encargada de la inscripción y al Programa Alimenticio para Niños y Adultos (*Child and Adult Care Food Program--CACFP*) a intercambiar información respecto a mi status de inscripción de cuidado infantil y mi participación en CACFP.
- ✘ Yo comprendo que la agencia encargada de la inscripción y el distrito de servicios sociales intercambiará información con respecto a mi estado de inscripción de cuidado infantil.
- ✘ Yo comprendo que el distrito de servicios sociales local verificará su archivo de datos de bienestar infantil para encontrar mi historial relacionado al retiro de niños ordenado por un tribunal bajo la Ley del Tribunal de la Familia (*Family Court Act--FCA*) Artículo 10 y cualquier terminación de los derechos paternos/maternos.
- ✘ Yo comprendo que la agencia encargada de la inscripción verificará información con el Registro de Ofensores Sexuales del Estado de Nueva York (*New York State Sex Offender Registry*) para determinar si yo, cualquier voluntario(a) que pueda tener contacto con niños bajo cuidado, cualquier empleado(a), y para el proveedor(a) de cuidado infantil legalmente exento en familia, cualquier persona viviendo en el hogar donde se provee cuidado infantil, de 18 años de edad o más esté listado en el Registro de Ofensores Sexuales
- ✘ Yo comprendo que la agencia encargada de la inscripción verificará con el Sistema de Establecimientos de Cuidado Infantil del Estado de Nueva York (*New York State Child Care Facility System*) si se me ha negado alguna vez la licencia o el registro de cuidado diurno infantil o si se me ha suspendido o revocado la licencia o el registro de cuidado infantil.
- ✘ Yo comprendo que la agencia encargada de la inscripción verificará información con el Registro de Ofensores Sexuales del Estado de Nueva York (*New York State Sex Offender Registry*) para determinar si yo, cualquier voluntario(a) que pueda tener contacto con niños bajo cuidado, cualquier empleado(a), y para el proveedor(a) de cuidado infantil legalmente exento en familia, cualquier persona viviendo en el hogar donde se provee cuidado infantil, de 18 años de edad o más esté listado en el Registro de Ofensores Sexuales.
- ✘ Yo comprendo que la agencia encargada de la inscripción verificará con el Sistema de Establecimientos de Cuidado Infantil del Estado de Nueva York (*New York State Child Care Facility System*) si se me ha negado alguna vez la licencia o el registro de cuidado diurno infantil o si se me ha suspendido o revocado la licencia o el registro de cuidado infantil.

6. ELEGIBILIDAD Y PAGOS

- ✘ Yo comprendo que no puedo ser pagado como proveedor(a) de cuidado infantil legalmente exento si soy el padre/madre del niño(a), padrastro/madrastra, padre/madre adoptivo(a), tutor(a) legal u otra persona responsable legalmente por los niños, o si yo vivo en el mismo hogar y tengo a un niño(a) en común con el padre o la madre.
- ✘ Yo estoy de acuerdo en coleccionar la cuota de la familia si el distrito de servicios sociales local me instruye hacerlo. Notificaré de inmediato al distrito de servicios sociales local si el padre/madre/encargado(a) deja de pagar la cuota requerida de la familia.
- ✘ Yo estoy de acuerdo en proveer récords de asistencia correctos, a tiempo, como lo requiere el distrito de servicios sociales local.
- ✘ Yo comprendo que el distrito de servicios sociales local no me pagará por ningún cuidado infantil provisto a niños que estén recibiendo subsidio de cuidado infantil mientras la agencia encargada de la inscripción me considere un proveedor(a) inelegible.
- ✘ Yo comprendo que debo estar inscrito(a) con la agencia encargada de inscripción antes de que se pueda emitir cualquier pago.
- ✘ Yo comprendo que puede que yo no sea elegible para proveer cuidado infantil Y que el distrito de servicios sociales local no me pague cuando:
 - Tenga un historial de retiro de niños por orden del tribunal de familia relacionado al Artículo 10 (protección de menores), o
 - Tenga un historial de terminación de derechos paternos/maternos, o

- Tenga un historial de denegación, revocación y/o suspensión de una licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil diurno, o
- Yo, cualquier voluntario(a) que pueda tener contacto regular con el/los niño(s); o para cuidado infantil en familia, cualquier persona de 18 años de edad o más que esté viviendo en el hogar haya sido sentenciado por un crimen.

- ✘ Yo comprendo que no soy elegible para proveer cuidado infantil si yo, cualquier voluntario que pueda tener contacto regular con los niños, cualquier empleado o persona que viva en el hogar (a excepción del hogar o residencia de los niños) de 18 años o más de edad haya sido sentenciado por un crimen contra un niño(a) o esté en la lista del Registro de Ofensores Sexuales.
- ✘ Yo comprendo que si la agencia encargada de la inscripción determina que no puedo inscribirme, entonces el distrito de servicios sociales local no puede emitir pago por el cuidado que he provisto. El padre/madre/encargado(a) tiene el derecho y la responsabilidad de decidir si él/ella desea utilizar mis servicios de cuidado infantil. Si el padre/madre/encargado(a) elige usar mis servicios de cuidado infantil cuando no puedo inscribirme, el padre/madre/encargado(a) es responsable por pagarme por el cuidado infantil.

7. OTROS ACUERDOS

- ✘ Yo comprendo y estoy de acuerdo en permitir que representantes de la agencia encargada de la inscripción, el distrito de servicios sociales y el Estado de Nueva York tengan acceso a los establecimientos donde se provee cuidado infantil a niños con subsidio para confirmar que la información relativa al formulario de inscripción y/o de asistencia sea acertada, y que se estén proveyendo servicios de cuidado infantil tal como se indica en estos formularios. Comprendo que si yo no permito ese acceso, entonces yo seré considerado un proveedor(a) inelegible, se anulará o cancelará mi inscripción, y el distrito de servicios sociales local no me pagará.
- ✘ Yo comprendo que si se me niega la inscripción, puedo solicitar que la agencia encargada de inscripciones revise cualquier circunstancia extenuante para determinar si se podría hacer una excepción para permitirme proveer cuidado infantil. Si solicito una excepción, debo proveer todos los documentos o referencias requeridas por la agencia encargada de la inscripción.
- ✘ Yo comprendo y estoy de acuerdo en satisfacer todas las condiciones declaradas en este formulario, siempre y cuando esté proveyendo cuidado infantil. Comprendo que se me requiere informar a la agencia encargada de la inscripción y al padre/madre/encargado(a) si hay un cambio en la información declarada en el formulario de inscripción.

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR(A)

Al firmar este formulario, yo certifico que a mi mejor conocimiento:

- Yo comprendo y estoy de acuerdo en continuar satisfaciendo todas las condiciones enumeradas anteriormente.
- He revisado la “Sección de Información para el Padre/Madre” de este formulario.
- Yo comprendo que la decisión de inscribirme se basa en los datos provistos y atestiguados en el formulario de inscripción. La provisión de información falsa o deliberadamente ocultar información puede resultar en una determinación inadecuada de mi elegibilidad para proveer cuidado infantil a niños con subsidio y/o un rechazo o denegación, o cancelación o revocación terminación de la inscripción. Si proveo servicios de cuidado infantil mientras estoy inscrito con pretensiones falsas, o mientras soy inelegible para ser proveedor(a) de cuidado infantil, el Distrito de Servicios Sociales Local puede rehusare a emitir pagos de subsidio de cuidado infantil, cancelar los pagos de subsidio de cuidado infantil, tomar acción legal contra mi persona o el padre/madre/encargado(a), y puede que se me requiera reembolsar cualquier dinero que haya recibido por servicios provistos.
- Bajo la penalidad de perjurio, estoy de acuerdo en que de acuerdo a mi mejor conocimiento, todas las declaraciones hechas en este formulario de inscripción y otros adjuntos son verdaderas y correctas.

FIRMA DEL PROVEEDOR(A):

X

FECHA:

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL LEGALMENTE EXENTO Y DE CUIDADO INFANTIL A DOMICILIO

II. SECCIÓN DE INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO(A)

El padre/madre/encargado(a) que está recibiendo o solicitando un subsidio por cuidado infantil debe completar esta sección Y revisar la sección del "Proveedor(a) de Cuidado Infantil".



A. INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO(A)⁶

1. Nombre del Padre/Madre/Encargado(a):

Sr. Sra. Srta.

Apellido	Nombre	IM	Sufijo
----------	--------	----	--------

Otros nombres por los cuales se le conoce: _____
Nombre de soltero(a), casado(a), seudónimos, etc.

2. Información de Identificación y de Contacto:

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Tel. de la Casa: (____) _____ Listado No publicado
(mm/dd/yyyy)

Tel. del Trabajo: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____

Dirección Electrónica⁷: _____ No Dirección Electrónica

3. ¿Lee inglés? Sí. No. Si "no", ¿qué idiomas lee mejor? _____.

4. ¿Habla inglés? Sí. No. Si "no", ¿qué idiomas lee mejor? _____.

5. ¿Se provee cuidado infantil en su hogar? Sí. No.

6. Provea la dirección de su casa abajo.

Dirección de la Casa:

Número de Casa	Calle	Apto.
----------------	-------	-------

Dirección-Línea 2	Piso
-------------------	------

Ciudad	Estado	Zona Postal	Condado/Boro
--------	--------	-------------	--------------

7. **Dirección de Correos:** ¿Es su dirección de correos la misma que su dirección de su casa? Sí. No. Si su dirección es diferente a la dirección de casa, por favor provea su dirección de correos abajo.

Número de Casa	Calle	Apto.
----------------	-------	-------

Dirección-Línea 2	Piso
-------------------	------

Ciudad	Estado	Zona Postal
--------	--------	-------------

8. Provea información acerca de su caso de Subsidio por Cuidado Infantil:

Condado que Paga el

Subsidio: _____ No de Asistencia Temporal⁷: _____

Número de Caso de

Subsidio⁸: _____ Número de Padre/Madre CIN⁷: _____

⁶ Encargado(a) se refiere al padre/madre de un niño(a), tutor(a) legal, pariente encargado del niño(a) o cualquier otra persona con la que el niño(a) vive que ha asumido la responsabilidad por el cuidado diario y la custodia del niño(a).

⁷ La dirección electrónica dada puede ser usada por la agencia de inscripción para contactarle.

⁸ El número de asistencia temporal, el número de caso del subsidio y el número de identificación del cliente para los padres o CIN son opcionales. Si se proveen, se utilizarán para facilitar el compartimiento de información con los distritos de servicios sociales locales con respecto a su elegibilidad y el pago por cuidado infantil.

B. SUS HIJOS BAJO CUIDADO DEL PROVEEDOR(A)

1. LISTE A SU(S) HIJO(S) QUE CUIDA EL PROVEEDOR(A)

Añada hojas adicionales si es necesario.

A) Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: / / _____
Apellido Nombre (mm/dd/yyyy)

Relación del Proveedor(a) con el Niño(a): _____ CIN del Niño(a)⁹: _____

B) Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: / / _____
Apellido iNombre (mm/dd/yyyy)

Relación del Proveedor(a) con el Niño(a): _____ CIN del Niño(a): _____

C) Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: / / _____
Apellido Nombre (mm/dd/yyyy)

Relación del Proveedor(a) con el Niño(a): _____ CIN del Niño(a): _____

D) Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: / / _____
Apellido Nombre (mm/dd/yyyy)

Relación del Proveedor(a) con el Niño(a): _____ CIN del Niño(a): _____

2. LAS NECESIDADES DE MEDICAMENTOS DE MI(S) HIJO(S)

Yo comprendo que los proveedores de cuidado infantil **no pueden** administrar medicamentos a los niños excepto de la siguiente manera:

- o Cualquier proveedor(a) de cuidado infantil puede administrar únicamente pomadas de uso externo y venta libre, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo con el permiso de los padres.
- o Cuando el proveedor(a) de cuidado infantil provee cuidado en el hogar del niño(a), el proveedor(a) puede administrar medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos con el permiso del padre/madre y siguiendo las instrucciones del médico.
- o Cuando el proveedor(a) de cuidado infantil tiene parentesco con el padre/madre o padrastro/madrastra del niño(a) dentro de un tercer grado de consanguinidad (por sangre o por matrimonio), el proveedor(a) puede administrar medicamentos de venta libre y prescripciones con el permiso del padre/madre y las instrucciones del médico. El proveedor(a) de cuidado infantil debe tener una de las siguientes relaciones para ser considerado un pariente de tercer grado:
 - o el abuelo(a) del niño(a),
 - o el tatarabuelo(a) del niño(a),
 - o el tío(a) abuelo(a) (y sus cónyuge),
 - o el primo(a) hermano(a) del niño(a) (y su cónyuge)
 - o el bisabuelo(a) del niño(a)
 - o el tío(a) del niño(a) (y su cónyuge)
 - o el hermano(a) del niño(a)
- o Cuando el proveedor(a) de cuidado infantil es un médico licenciado, un médico asistente, una enfermera registrada o una enfermera practicante, el proveedor(a) puede administrar prescripciones o medicamentos de venta libre a niños cuyo cuidado es subsidiado con el permiso del padre/madre y siguiendo las instrucciones del médico.
- o Cuando el programa de cuidado infantil es autorizado por OCFS y sigue un Plan de Salud de Administración de Medicamentos, el administrador(a) de medicamentos designado en el plan puede administrar medicamentos de venta libre y algunos medicamentos con prescripción a niños que reciben subsidio por cuidado infantil, con el permiso del padre/madre y siguiendo instrucciones del médico.

⁹ El Número de Identificación del Cliente (*Client Identification Number--CIN*) es opcional. Si se lo provee, se lo utilizará para facilitar el compartimiento de información con los distritos de servicios sociales locales con respecto a su elegibilidad y el pago por cuidado infantil.

He leído las “Calificaciones del Proveedor(a) para Administrar Medicamentos” en la Sección I del Proveedor(a), y “Las Necesidades de Medicamentos de Mis Hijos”, y comprendo hasta qué punto mi proveedor(a) de cuidado infantil legalmente exento está permitido administrar medicamentos a mis hijos. Mi proveedor(a) de cuidado infantil y yo estamos de acuerdo en que:

El padre/madre será responsable por las necesidades de medicamentos de los siguientes niños:

_____.

El proveedor(a) será responsable por las necesidades de medicamentos de los siguientes niños:

_____.

3. LAS COMIDAS Y MERIENDAS DE MI(S) HIJO(S)

Para cada niño(a) nombrado en la página anterior, ya sea el padre/madre o el proveedor(a) debe proveer comidas y meriendas. ¿Quién proveerá comidas y meriendas para sus hijos mientras estén bajo cuidado?

El padre/madre será responsable por las comidas y las meriendas de los siguientes niños:

_____.

El proveedor(a) será responsable por las comidas y las meriendas de los siguientes niños:

_____.

C. HISTORIAL RELEVANTE DEL PROVEEDOR(A) Y PERSONAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO INFANTIL

1. Yo comprendo que el proveedor(a) de cuidado infantil debe informarme si las personas que puede que tengan contacto con mis hijos han sido sujetas a un informe indicado de abuso o maltrato infantil:

- proveedor(a)
- voluntarios que puedan tener contacto regular con los niños bajo cuidado,
- empleados, y
- si no se provee cuidado en mi hogar, las personas que viven en el hogar de 18 años o más.

Sí.

No.

- He preguntado específicamente al proveedor(a) si voluntarios que puede que tengan contacto con mis hijos, empleados y personas de 18 años o más de edad (si se provee cuidado en el hogar del proveedor[a]), han sido nombrados en un informe de abuso y maltrato infantil.
- El proveedor(a) me ha informado si existe algún informe indicado de abuso o maltrato infantil y quién fue el sujeto nombrado en el informe: el proveedor(a), empleados, voluntarios que puede que tengan contacto regular con mis hijos bajo cuidado, y personas que viven en el hogar de 18 años de edad o más (si se provee cuidado en el hogar del proveedor[a]).
- Cuando existe una indicación de abuso o maltrato infantil, el proveedor(a) me ha provisto información escrita respecto a esa indicación de abuso o maltrato infantil. Yo comprendo que tengo el derecho de escoger a otro proveedor(a). Estoy de acuerdo en que he considerado cuidadosamente la información provista sobre las indicaciones de abuso y maltrato infantil, y estoy seleccionando a este proveedor(a) teniendo en cuenta esa información.

Sí.

No.

D. RECONOCIMIENTO DEL PADRE/MADRE Y ACUERDOS

1. RESPONSABILIDADES DEL PADRE/MADRE DE CONTROLAR LA CALIDAD DEL CUIDADO

- ✘ Certifico que yo he seleccionado a este(a) proveedor(a) de cuidado para cuidar a mis hijos.
- ✘ He revisado cada ítem en la Lista de Verificación de Salud y Seguridad y la Lista de Condiciones de Comportamiento del Proveedor(a) con el proveedor(a) en la Sección del Proveedor(a) de Cuidado Infantil, y toda la información en la lista es verdadera y correcta.
- ✘ Comprendo que es mi responsabilidad controlar la calidad del cuidado que recibe(n) mi(s) hijo(s) por parte del proveedor(a) de cuidado infantil.
- ✘ Comprendo que estos acuerdos se aplican siempre y cuando este proveedor(a) esté cuidando a mi(s) hijo(s).

2. CAMBIOS A LA INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

- ✘ Yo notificaré inmediatamente a la agencia de inscripción si:
 - Mi dirección o número de teléfono cambia

Tengo alguna preocupación acerca de la salud o seguridad de mis hijos en el establecimiento del proveedor(a) de cuidado.

3. ASUNTOS DE ELEGIBILIDAD Y PAGOS

- ✘ Yo notificaré inmediatamente al distrito de servicios sociales y a mi proveedor(a) cuando cambien las horas que necesito cuidado infantil u otras circunstancias relacionadas a mis necesidades o elegibilidad para cuidado infantil.
- ✘ Estoy de acuerdo de pagar mi cuota familiar, si se aplica, según lo dicte el distrito de servicios sociales local.
- ✘ Yo comprendo que un proveedor(a) de cuidado infantil que es el hijo(a) del padre/madre, el padrastro o madrastra, padre/madre adoptivo(a), guardián legal u otra persona responsable legalmente por ese niño(s) que vive en el mismo hogar y tiene un hijo(s) en común conmigo no puede recibir pagos.
- ✘ Yo comprendo que el proveedor(a) debe ser aceptado para ser inscrito con la agencia de inscripción antes de que se pueda emitir algún pago.
- ✘ Yo comprendo que un proveedor(a) no es elegible para proveer cuidado infantil si el proveedor(a), cualquier voluntario(a) que tiene la probabilidad de tener contacto regular con mi(s) hijo(s), cualquier empleado(a), o para cuidado infantil en familia, cualquier persona de 18 años o más que está viviendo en el hogar donde se provee cuidado infantil:
 - Ha sido sentenciado por un crimen contra algún niño(s) o
 - Está en la lista del Registro de Ofensores Sexuales.
- ✘ Yo comprendo que mi proveedor(a) puede que no sea elegible para proveer cuidado infantil y que el distrito de servicios sociales puede que no pueda pagar al proveedor(a) cuando:
 - El proveedor(a) tenga un historial de terminación de derechos paternos/maternos, o
 - El proveedor(a) tenga un historial de retiro de niños según el Artículo 10 (protección de menores) por orden del Tribunal de la Familia, o
 - Al proveedor(a) se le haya negado o revocado y/o suspendido una licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil diurno, o
 - El proveedor(a), cualquier voluntario(a) que pueda tener contacto regular con mi(s) hijo(s), cualquier empleado(a) o para cuidado infantil en familia, cualquier persona de 18 años o más que esté viviendo en el hogar donde se provea cuidado infantil haya sido sentenciada por un crimen:
- ✘ Comprendo que si al proveedor(a) se le niega la inscripción o si se termina o cancela su inscripción, el proveedor(a) será considerado inelegible para proveer cuidado infantil.
- ✘ El distrito de servicios sociales local no puede pagar al proveedor(a) o emitir un pago por el cuidado provisto por un proveedor(a) que no esté inscrito o sea inelegible. Si elijo usar un proveedor(a) inelegible, yo soy responsable de pagar por el cuidado infantil. Comprendo que tengo el derecho de seleccionar a otro proveedor(a).

4. REQUISITOS DE SALUD Y SEGURIDAD

- ✘ Yo comprendo que el pago no puede hacerse hasta que todos los ítems marcados “No” se corrijan en la Lista de Condiciones de Comportamiento y la Lista de Salud y Seguridad.
- ✘ Yo comprendo que el proveedor(a) debe continuar satisfaciendo todos los requisitos básicos de salud y seguridad y la condiciones de comportamiento indicadas en las listas de verificación.
 - El proveedor(a) y yo hemos inspeccionado el hogar, hemos completado la Lista de Salud y Seguridad y la Lista de Condiciones de Comportamiento juntos.
 - Todas las declaraciones en las listas de verificación son verdaderas y acertadas.

El proveedor(a) y yo notificaremos y proveeremos documentación a la agencia de inscripción cuando cualquier ítem en la lista de verificación se corrija o cambie.

5. CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO(A)

Al firmar este formulario, certifico de acuerdo a mi mejor conocimiento que:

- He revisado la “Sección para el Proveedor(a) de Cuidado Infantil” de este formulario.
- Comprendo y estoy de acuerdo en satisfacer todas las condiciones declaradas anteriormente.
- Comprendo que la decisión de inscribir a mi proveedor(a) se basa en los hechos provistos y atestiguados en el formulario de inscripción. La provisión de información falsa o el ocultar deliberadamente información puede resultar en una determinación incorrecta de la elegibilidad de mi proveedor(a) para proveer cuidado infantil subsidiado, y/o una negación o terminación de la inscripción. Si my proveedor(a) provee servicios de cuidado infantil mientras está inscrito bajo identidades falsas o mientras él/ella es un proveedor(a) de cuidado infantil inelegible, el Distrito de Servicios Sociales puede rehusarse a emitir pagos por subsidio, cancelar los pagos de subsidio de cuidado infantil, tomar acción legal contra mí o el proveedor(a) de cuidado infantil.
- Bajo la penalidad de perjurio, estoy de acuerdo en que de acuerdo a mi mejor conocimiento, todas las declaraciones hechas en este formulario de inscripción y otros adjuntos son verdaderas y correctas.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO(A)	FECHA
------------------------------------	-------



Este formulario de inscripción es un acuerdo legal. Por favor haga una copia de este formulario para sus récords. Devuelva este formulario y sus adjuntos a: