|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CCA-1203A FORFFS (3-16) | ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITYChild Care Administration (*Administración de Cuidado de Niños*) | **Fecha:** |       |

**SOLICITUD PARA RECURSOS DE CUIDADO DE NIÑOS**

Este formulario se diseñó para ayudarles a los proveedores de cuidado de niños a solicitar recursos disponibles cuando surgen problemas que pueden resultar en la expulsión de un niño del centro de cuidado de niños.

Instrucciones: **Llene todas las secciones de este formulario y envíelo al Especialista en Recursos del DES.** El Especialista en Recursos del DES proporcionará recursos dentro de un día hábil del recibo de esta solicitud.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL NIÑO (Apellido, nombre, s.i.) | FECHA DE NACIMIENTO | FECHA DE INSCRIPCIÓN |
|       |       |       |
| NOMBRE DEL PADRE O TUTOR | NÚMERO DE TELÉFONO |
|       |       |
| EL NIÑO ASISTE DE TIEMPO: | ¿ASISTE EL NIÑO REGULARMENTE? | IMPORTANCIA DE LA SOLICITUD: *Siente que la expulsión de este niño es:* |
| [ ]  Completo [ ]  Parcial | [ ]  Sí [ ]  No | [ ]  Probable [ ]  Inminente |
| DIRECTOR DEL CENTRO O PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO: | NÚMERO DE TELÉFONO |
|       |       |
| NOMBRE COMERCIAL DEL CENTRO O PROVEEDOR: |
|       |
| **MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN** |
| NÚMERO DE TELÉFONO | LA MEJOR HORA PARA LLAMARLE | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| ¿Ha consultado con el formulario del Mejor cuidado? Sí [ ]  No [ ]  |
| ¿Qué ha sido desafiante acerca del cuidado de este niño y/o de trabajar con esta familia?       |
| ¿Ha hablado de este tema con el padre o tutor? Sí [ ]  No [ ]  ¿Cuál fue el resultado?       |
| ¿Ha hablado de este tema con un profesional de apoyo? *(Por ejemplo: Asesor de salud mental, Gerente de caso del DCS, Especialista de Inclusión)* Sí [ ]  No [ ]  |
| Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Free language assistance for DES services is available upon request. |