|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CCA-1204A FORFFS (4-16) | ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY | **Fecha:** |  |
|  | Child Care Administration (*Administración de Cuidado de Niños*) |

**AVISO DE EXPULSIÓN DEL CUIDADO DE NIÑOS**

Este formulario se debe utilizar por un proveedor de cuidado de niños para avisarle al DES de la baja de un niño de su centro de cuidado de niños.

Instrucciones: **Se le requiere al proveedor proporcionar la documentación de los pasos tomados para prevenir esta expulsión. Este formulario tiene que ser llenado por el proveedor de cuidado de niños y enviado por correo electrónico a un Especialista en Recursos del DES**. El Especialista en Recursos del DES se comunicara con el proveedor y el especialista en la elegibilidad del padre o tutor para cambiar la autorización del cuidado de niños.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL NIÑO *(Apellido, nombre, s.i.)* | | | NÚMERO DE ID DEL NIÑO | | FECHA DE NACIMIENTO *(mm/dd/aaaa)* |
|  | | |  | |  |
| NOMBRE DEL PADRE O TUTOR | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | |
|  | | | |  | |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN *(mm/dd/aaaa)* | | FECHA PLANEADA DE LA EXPULSIÓN *(mm/dd/aaaa)* | | | |
|  | |  | | | |
| FECHA DE LA SOLICITUD PARA RECURSOS PRESENTADA AL DES *(mm/dd/aaaa)* | | FECHA DE CUANDO SE LE AVISO AL PADRE O TUTOR *(mm/dd/aaaa)* | | | |
|  | |  | | | |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR *(Apellido, nombre, s.i.)* | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | |
|  | | | |  | |
| NOMBRE DEL CENTRO DE NEGOCIO | | | | | |
|  | | | | | |
| **MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN** | | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO | LA MEJOR HORA PARA LLAMARLE | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  |  | |  | | |

|  |
| --- |
| RAZÓN(ES) POR LA EXPULSIÓN: |
| PASOS O ACCIONES TOMADAS PARA PREVENIR ESTA EXPULSIÓN *(incluya las fechas de las acciones tomadas)*: |
| OTRO: |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA DEL PROVEEDOR | FECHA |
|  |  |

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.