

## SOLICITUD DE PROVEEDOR SUPLENTE

### DECLARACIÓN DE ACUERDO DEL PROVEEDOR SUPLENTE

**POR FAVOR, MARQUE UNA:**

Tengo 18 o más años y entiendo las normas específicas con respecto a mis deberes tal como se indica en el Artículo 52. Entiendo que tengo que presentar pruebas de mi registro de vacunas y completar los exámenes iniciales y anuales de tuberculosis. Estoy consciente que soy sujeto a la autorización del Departamento de Seguridad de Niños (DCS, por sus siglas en inglés) y la toma de huellas dactilares para una investigación de antecedentes penales. Estoy consciente que mi habilidad para proveer cuidado de niños suplente es contingente en tanto la autorización del DCS y obtener una tarjeta de nivel 1 de autorización de huellas dactilares. Entiendo que tengo que mantener la certificación de resucitación cardio pulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) o de primeros auxilios para proporcionar servicios como suplente para el proveedor indicado.

**O**

Soy el director/propietario de un Centro de Cuidado de Niños Autorizado por el Departamento de Servicios de Salud (DHS, por sus siglas en inglés), Hogar comunitario del DHS, o un proveedor certificado por el DES. Estoy consciente de que mi centro de cuidado de niños ofrece servicios como suplente para el proveedor indicado.

Número de licencia de DHS (si corresponde): \_\_\_\_\_

ID de proveedor del DES (si corresponde): \_\_\_\_\_

Apunte las edades certificadas o autorizadas para cuidarse (apunte as edades de 0-12 años): \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, LLENE TODAS LAS SECCIONES SIGUIENTES:**

Estoy disponible para proporcionar servicios de respaldo durante los siguientes días y horarios de la semana:

Marque los días de la semana disponibles: LUN MAR MIÉR JUE VIER SÁB DOM

Apunte las horas disponibles (Hora inicial-Hora final, incluya AM y PM): \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

Pueden comunicarse conmigo al: Número de teléfono (incluya código de área): \_\_\_\_\_

Dirección residencial (Núm., Calle, Apto., Ciudad, Estado, Código postal): \_\_\_\_\_

Entiendo que al firmar a continuación afirmo que he leído y entiendo completamente todas las reglas establecidas por el Artículo 52 del Estado de Arizona y estoy acuerdo en cumplirlas. Entiendo que una infracción de cualquier regla o política puede causar la revocación de mi capacidad de ser un proveedor suplente o tener un Certificado de Cuidado de Niños en el Hogar del DES futuro incluyendo pero sin limitarse a lo siguiente:

Entiendo que tengo que satisfacer los requisitos para un proveedor suplente establecidos en A.A.C. R-5-5202. He leído y entiendo además que el uso de un proveedor suplente como se establece en A.A.C. R6-5-5222.

He leído y entiendo la DES Discipline policy (Política de disciplina del DES) A.A.C. R-5-5212. Cumpliré con esta política mientras proporcione cuidado de niños.

He leído y entiendo completamente la DES Transportation Policy (Política de transporte del DES) según lo escrito en A.A.C. R6-5-5216 y estoy de acuerdo en respetar esta política. Estoy de acuerdo en no transportar a niños bajo cuidado fuera de los Estados Unidos. Además, acuerdo a no permitir que los niños bajo cuidado sean transportados en un vehículo sin seguro o por un conductor sin licencia mientras están bajo mi cuidado, y estoy de acuerdo en comunicarme con los padres o tutor del niño inmediatamente si hay una emergencia y llamar al 911 si la emergencia pone en peligro su vida.

**SUPLENTE: Transportaré a niños**      **Sí\***      **No**

*\*Si selecciona Sí, TIENE QUE proporcionar prueba de licencia de conducir del Estado de Arizona actual y del seguro de responsabilidad civil del vehículo.*

Firma del proveedor suplente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# REGISTRO E HISTORIAL DE EMPLEO PARA PROPORCIONAR SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS CERTIFICADOS POR DES

Fecha: \_\_\_\_\_

Persona a la que le toman las huellas dactilares (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de cuidado de niños (*Si es diferente al anterior*): \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE EMPLEO

Llene el siguiente historial de empleo. Comience con su trabajo actual o más reciente y retroceda cinco años. Si es necesario, use una hoja adicional y adjúntela a este formulario.

1. Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_ Fechas de empleo: \_\_\_\_\_  
de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle, Suite, Ciudad, Estado, Código postal*): \_\_\_\_\_

Teléfono (*con código de área*): \_\_\_\_\_ Razón por haberlo dejado: \_\_\_\_\_

2. Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_ Fechas de empleo: \_\_\_\_\_  
de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle, Suite, Ciudad, Estado, Código postal*): \_\_\_\_\_

Teléfono (*con código de área*): \_\_\_\_\_ Razón por haberlo dejado: \_\_\_\_\_

3. Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_ Fechas de empleo: \_\_\_\_\_  
de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle, Suite, Ciudad, Estado, Código postal*): \_\_\_\_\_

Teléfono (*con código de área*): \_\_\_\_\_ Razón por haberlo dejado: \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que el DES se comunique con los empleadores indicados anteriormente.  Sí  No

*Si contestó "No", dé la razón:* \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido empleado para trabajar con niños?  Sí  No

*Si contestó "Sí", dé el nombre y la dirección del empleador:* \_\_\_\_\_

Según su conocimiento, ¿alguna vez ha sido investigado por los Servicios de Protección de Menores?  Sí  No

*Si contestó "Sí", explique:* \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido despedido u obligado a renunciar de un empleo que trabajaba con niños?  Sí  No

*Si contestó "Sí", explique:* \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido un proveedor de cuidado de niños certificado por el DES?  Sí  No

*Si contestó "Sí", cuándo y dónde:* \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE SALUD FÍSICA Y MENTAL PARA PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS Y FAMILIAR

Yo \_\_\_\_\_ estoy en buena salud física y mental; Puedo realizar todos los deberes legales de un proveedor de cuidado de niños en el hogar. También, certifico que estoy libre de todas las enfermedades transmisibles para las cuales las vacunas de rutina están disponibles de manera fácil y segura. Además, acepto proporcionar dicha prueba a tal efecto, según lo requiera el Departamento de Seguridad Económica.

Además, certifico que todos los niños de 13 años y menores que residen en el hogar del proveedor también están libres de enfermedades transmisibles para las cuales las vacunas de rutina están disponibles de manera fácil y segura y deberé proporcionar pruebas al Departamento a tal efecto o proporcionar las exenciones adecuadas.

En los últimos 12 meses, no he participado en terapia relacionada con el abuso o negligencia de un niño o por cualquier otra conducta o acto violento.

Esta declaración no reemplaza otros requisitos como se indica en el Código Administrativo de Arizona, Título 6, Capítulo 5, Artículo 52.

Firma del proveedor suplente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_