

SOLICITUD DE PROVEEDOR CERTIFICADO DE CUIDADO DE NIÑOS FAMILIAR

Proveedor de cuidado de niños familiar

Proveedor de cuidado en el hogar

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTESolicitante (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____Raza (*Usted puede indicar voluntariamente su raza y etnia*): AI (Indígena de los EEUU o de Alaska) AS (Asiática)
BL (Negra o Afroamericana) NH (Originario de Hawaii u otras Islas de la Polinesia) WH (Blanca)

Etnia: ¿Hispana? Sí No

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? Sí No

Si contesto "No", ¿es legalmente elegible para trabajar en los Estados Unidos? (*Se le requerirá que proporcione documentación*) Sí No**MIEMBROS DEL HOGAR****"Miembro del hogar"** significa una persona que no proporciona servicios de cuidado de niños y que reside en el hogar de un proveedor durante 21 o más días, o que reside de vez en cuando durante el año para un total de al menos 21 días.**Miembro del hogar #1 NO HAY otras personas que viven conmigo**

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Otros nombres usados (*Nombre de soltera, de casada, apodos, etc.*): _____Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____

Parentesco: _____ ¿Ha vivido fuera del estado en los últimos 5 años esta persona? Sí No

Miembro del hogar #2 N/A

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Otros nombres usados (*Nombre de soltera, de casada, apodos, etc.*): _____Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____

Parentesco: _____ ¿Ha vivido fuera del estado en los últimos 5 años esta persona? Sí No

Miembro del hogar #3 N/A

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Otros nombres usados (*Nombre de soltera, de casada, apodos, etc.*): _____Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____

Parentesco: _____ ¿Ha vivido fuera del estado en los últimos 5 años esta persona? Sí No

Miembro del hogar #4 N/A

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Otros nombres usados (*Nombre de soltera, de casada, apodos, etc.*): _____Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____

Parentesco: _____ ¿Ha vivido fuera del estado en los últimos 5 años esta persona? Sí No

Para miembros adicionales del hogar, e hijos adultos y menores que viven fuera del hogar, incluya la adenda de solicitud CC-200-A.

Vea la página 3 para leer la declaración de EOE/ADA

HIJOS ADULTOS Y MENORES FUERA DEL HOGAR

(Incluya los hijos y los hijastros de su cónyuge)

Hijo/a #1 Yo y mi pareja **NO** tenemos hijos adultos o menores que residan fuera del hogar.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Otros nombres usados (*Nombre de soltera, de casada, apodos, etc.*): _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____ Parentesco: _____

Hijo/a #2 N/A

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Otros nombres usados (*Nombre de soltera, de casada, apodos, etc.*): _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____ Parentesco: _____

Hijo/a #3 N/A

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Otros nombres usados (*Nombre de soltera, de casada, apodos, etc.*): _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____ Parentesco: _____

Hijo/a #4 N/A

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Otros nombres usados (*Nombre de soltera, de casada, apodos, etc.*): _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____ Parentesco: _____

REFERENCIAS

Proporcione los nombres de por lo menos cuatro adultos, con quienes no tiene parentesco, que lo han conocido por al menos **un (1) año** y pueden proporcionar información sobre su capacidad de cuidar de y criar a niños.

1. Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Dirección (*Núm., Apt., Calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Idioma preferido: Inglés Español

2. Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Dirección (*Núm., Apt., Calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Idioma preferido: Inglés Español

REFERENCIAS *(continuación)*

3. Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Dirección (*Núm., Apt., Calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Idioma preferido: Inglés Español

4. Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Dirección (*Núm., Apt., Calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Idioma preferido: Inglés Español

MI PROVEEDOR SUPLENTE ES:

Miembro adulto del hogar Otro adulto Proveedor certificado Hogar comunitario/Centro con licencia de DHS

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Otros nombres usados (*Nombre de soltera, de casada, apodos, etc.*): _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*): _____

Parentesco: _____ ¿Ha vivido fuera del estado en los últimos 5 años esta persona? Sí No

Si contesto "Sí", indique los estados: _____

Nombre de la persona o nombre del centro/hogar comunitario como aparece en la licencia:

Número de licencia de DHS (*si corresponde*): _____

ID de proveedor del DES: (*si corresponde*): _____

Apunte las edades certificadas o autorizadas para cuidarse (*apunte las edades de 0-12 años*): _____

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 familiar. 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.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office

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: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

Juro (*confirmo*) y certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de Arizona que conozco el contenido de este formulario de solicitud (CC-200) y junto con cualquier adenda de la solicitud (CC-200A), suscrito por mí son verdaderos y correctos. La evidencia que he presentado para la información proporcionada en la solicitud es verdadera y correcta. Entiendo además que mi solicitud puede denegarse si yo divulgo la información solicitada o si proporciono información falsa o engañosa al Departamento.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____