



SOLICITUD PARA PROVEEDORA DE CUIDADO INFANTIL

Use letra imprenta para llenar este formato. Si necesita más espacio llene hojas adicionales. Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta solicitud, por favor comuníquese al (973) 744-4050 ext. 1010.

La información proporcionada por usted estará disponible al público, **excepto** los archivos médicos. Cualquier caso de descuido/abuso de menores, sus declaraciones de antecedentes penales, nombres de los niños inscritos en su programa, y archivos de cualquier investigación que todavía este pendiente.

1. INFORMACION GENERAL

ERES (SELECCIONE UNO):

SOLICITANTE NUEVO SOLICITANTE DE RENOVACIÓN REUBICACIÓN
 ACTUALIZACION DE INFORMACIÓN

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado: ESSEX COUNTY Día de hoy (Fecha) _____

Teléfono de casa (____) _____ Celular (____) _____

E-mail _____

Nombre comercial, si lo hay _____

Dirección postal si es diferente de la anterior _____

Yo certifico que soy mayor de 18 años: _____ si _____ no

2. MIEMBROS DEL HOGAR

¿Vive algún menor(es) de 14 años con usted? _____ si _____ no. Si es si, escriba el nombre de cada niño, la fecha de nacimiento y el parentesco.

Nombre del menor	Fecha de nacimiento	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Vive algún adulto(s) y/o niño(s) mayores de 14 años con usted? _____ si _____ no
 Si es si, escriba el nombre y parentesco. Ponga una marca (*) al lado del nombre de cualquier persona que le ayudará a cuidar a los niños.

Nombre	Parentesco	Esta presente durante las horas de operación?	
		Si	No
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No
_____	_____	Si	No

3. MASCOTAS CASERAS

¿Tiene usted animales caseros en la casa? _____ (si o no)

Si es así, ¿cuántos y de qué tipo? _____

¿Todos sus animales están domesticados, son inofensivos y están libres de enfermedades? _____ si _____ no

Si no, explique _____
 (Proveer prueba de vacunas recientes documentadas por veterinario.)

4. HORARIO

Día	Si	No	Horas de Servicio	Horario de las Cuidadoras		
				Proveedora	Asistente	Alternante
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Vacaciones/ Días que el negocio estará cerrado: _____

5. SUSTITUTA

Se exige que toda proveedora registrada tenga **una sustituta que pueda venir a su casa** para cuidar a los niños en caso de emergencia y/o ausencia. Debe tener por lo menos 18 años. Debe llenar el formulario de Registro de Información del Archivo de Abuso infantil (CARI), Declaración de Antecedentes Penales y declaración de examen médico. La sustituta no puede ser una Proveedora de Cuidado Infantil registrada.

¿Quién proporcionará cuidado en su casa como sustituta si usted no está disponible?

Nombre de la sustituta _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado _____ Teléfono _____

Yo certifico que esta persona es mayor de 18 años. Si _____ No _____

¿Cuidará al niño(s) de la sustituta en su casa? Si _____ No _____

¿Si es sí, le cobrará usted por este cuidado? Si _____ No _____

6. ASISTENTE

Un asistente se requiere bajo ciertas condiciones especificadas en el Manual de Requisitos. La asistente debe tener por lo menos 14 años. Un asistente menor de 16 años de edad que no sea su propio hijo(a) debe tener papeles de trabajo. El asistente debe llenar y entregar una declaración de un examen médico con resultados de la prueba de Mantoux TB, el formulario del Archivo de Registro de Información de Abuso Infantil (CARI), y Declaración de Antecedentes Penales.

¿Tendrá usted un asistente? Si _____ no _____ Si es sí, responda lo siguiente:

Nombre del asistente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado _____ Teléfono _____

Yo certifico que esta persona es mayor de 14 años Si _____ no _____

Edad del asistente, si es menor de 18 años _____

El parentesco del asistente a usted, si la hay _____

¿Cuidará al niño(s) del asistente en su casa? Si _____ no _____

Si es sí, ¿cobrará usted por este cuidado? Si _____ no _____

7. ALTERNANTE

Debe tener un alternante si desea compartir las responsabilidades del cuidado infantil con alguien más. El alternante debe tener por lo menos 18 años. El alternante debe asistir al entrenamiento, llenar y entregar la declaración del examen médico, el resultado de la prueba del Mantoux TB, dos referencias, el formato del Archivo de Registro de Información del Abuso Infantil (CARI) y la declaración de antecedentes penales.

¿Tendrá usted un alternante? Si _____ No _____

Si es sí, por favor contestar a lo siguiente:

Nombre del Alternante _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado _____ Teléfono _____

Yo certifico que esta persona es mayor de 18 años .Si _____ no _____

¿Cuidará niño(s) del alternante en su casa? Si _____ no _____

Si es sí, ¿cobrará usted por este cuidado? Si _____ no _____

8. DECLARACIONES

¿Alguna vez ha recibido un Certificado de Registración como Proveedora de Cuidado Infantil en New Jersey? Si _____ no _____

Si es sí, ¿en qué condado? _____ En qué año? _____

¿Alguna vez se le ha negado su solicitud para el Registro de Cuidado Infantil, o se le ha suspendido, revocado o negado su renovación para el Certificado de Registración en New Jersey? Si _____ no _____

Si es sí, explique

Informe si alguna vez se ha declarado culpable de un crimen. También deben dar declaración de antecedentes penales su sustituta, su asistente, su alternante, y todos los miembros de su casa que tengan 14 años o sean mayores de edad. Esta información se guardará en un archivo confidencial. Su solicitud no será afectada necesariamente por estas declaraciones. Por favor proporcione esta información en el formulario marcado Declaración de Antecedentes Penales.

Se le pide su consentimiento para que la Department of Children and Families, Office of Licensing haga una verificación de conducta en el Registro de Información de Abuso Infantil (CARI) para determinar si un reporte de descuido/abuso de un infante se ha probado contra usted o cualquiera viviendo o trabajando en su casa. Su número de seguro social, sexo, raza y la fecha de nacimiento se necesita para esta verificación.

También deben informar y dar el consentimiento para su sustituta, su asistente, su alternante y todos los miembros de su casa de 14 años y mayores de edad. Su solicitud para registración o renovación se rechazará si este consentimiento no se da o si una alegación de abuso o descuido de un niño por usted o cualquiera en su casa ha sido probado por OOL. Por favor proporcione esta información en el formato marcado Formulario de Consentimiento; Archivo de Registro de Información de Abuso Infantil.

9. INSCRIPCIONES

A. SISTEMA DE RECURSOS Y REFERENCIAS DE CUIDADO INFANTIL DE NEW JERSEY

¿Desea ser inscrita (o) en el Sistema de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños y que su nombre y número de teléfono sea dado a padres que necesitan cuidado infantil? Si _____ no _____

B. OFICINA DE LICENCIA DEL ESTADO DE NEW JERSEY

La Oficina de Licencias (OOL), en el Departamento de Niños y Familias (DCF), pone a disposición del público una lista de proveedores de cuidado infantil familiar que hayan elegido ser incluidos. No se requiere que se incluya en este listado, y su solicitud no se verá afectada por su respuesta a esta pregunta. Si responde "sí", su nombre, dirección y número de teléfono serán incluidos en una lista de proveedores registrados que está disponible para el público. No hay cargo por un proveedor que se incluirá en este listado. Aquellos que soliciten tal listado de la OOL pueden ser cualquier miembro del público, tales como negocios que ofrecen productos o servicios relacionados con el cuidado de niños; Organizaciones profesionales de cuidado de niños; Recursos privados y agencias de referencia que pueden dar su nombre a los padres que necesitan cuidado de niños; Padres individuales que necesitan cuidado de niños; y otros. Si responde "no", su nombre, dirección y número de teléfono solo serán entregados a la Oficina de Licencias y al Sindicato de Trabajadores de Cuidado Infantil (CCWU), pero no serán divulgados al público.

¿Desea ser incluido en una lista de proveedores registrados que se pone a disposición del público por el DCF, Oficina de Licencias? _____ (sí o no)

Usted puede cambiar su respuesta a cualquier pregunta en el punto 9A o B en cualquier momento escribiendo a su organización patrocinadora en la dirección que se muestra en la última página de este formulario de solicitud.

10. FIRMA

Por favor lea cuidadosamente y firme.

Yo deseo solicitar registraci3n como Proveedor(a) de Cuidado Infantil, estoy de acuerdo en cumplir con los lineamientos contenidos en el Manual de Requisitos para la Registraci3n de Cuidado Infantil. Certifico que la informaci3n contenida en esta solicitud es verdad a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que la inclusi3n deliberada de informaci3n falsa o la omisi3n de informaci3n pertinente en esta solicitud producir3 el rechazo de esta solicitud, la suspensi3n, revocaci3n o no-renovaci3n de mi Certificado de Registraci3n.

Firma _____ Fecha _____

11. INFORMACION ADICIONAL

***SOLICITANTES NUEVAS:** Por favor devuelva esta solicitud con lo siguiente:

1. Solicitudes de referencia para usted y su alternante, si es aplicable;
2. Certificado m3dico para usted, su sustituto, su alternante y su asistente y cualquier miembro de hogar quien est3 presente durante sus horas de operaci3n;
3. Examen de Tuberculosis (Mantoux TB) para usted, su alternante y su asistente y cualquier miembro de hogar quien est3 presente durante sus horas de operaci3n;
4. Declaraci3n de antecedentes penales para usted, su alternante, su asistente, su sustituta y todos los miembros de su familia que sean mayores de 14 a3os;
5. Formulario de Consentimiento de Informaci3n de Abuso Infantil para usted, su alternante, su asistente, su sustituta y todos los miembros de su familia que sean mayores de 14 a3os.
6. Prueba de vacunas de mascota(s) documentado por veterinario
7. Prueba de entrenamiento (pre-servicio)

***SOLICITANTES RENOVANDO:** Devolver esta solicitud dos meses antes de la expiraci3n de su Certificado de Registraci3n, con lo siguiente:

1. Nuevo certificado m3dico para usted, su sustituto, su alternante, su asistente y cualquier miembro del hogar que est3 presente durante las horas de operaci3n (nuevo examen de tuberculosis es no requerido);
2. Declaraci3n de antecedentes penales para usted, su alternante, su asistente, su sustituta y todos los miembros de su familia que sean mayores de 14 a3os;
3. Nuevo Formulario de Consentimiento de Informaci3n de Abuso Infantil (CARI) para usted, su alternante, su asistente, su sustituta y todos los miembros de su familia quienes sean mayores de 14 a3os.
4. Prueba de vacunas de mascota(s) documentado por veterinario
5. Documentaci3n de Certificaci3n de Resucitaci3n Cardiopulmonar (CPR) y primeros auxilios para usted y su alternante.
6. Prueba de 20 horas de entrenamiento durante los 3ltimos tres a3os.

*Un pago de inscripci3n no reembolsable de \$25.00 en forma de cheque o money order a la organizaci3n patrocinadora es requerida al momento de la solicitud de un certificado de registraci3n inicial o temporal, de solicitud nueva o renovaci3n.

Enviar la Aplicaci3n a: Programs for Parents 500 Bloomfield Avenue, Montclair, NJ 07042
--



DECLARACION DE ANTECEDENTES PENALES

Devuelva este formato a Programs for Parents junto con su solicitud de registraci3n. Este formato debe ser llenado por la proveedora, sustituta, asistente, alternante y cualquier miembro de la casa mayor de 14 a1os. Esta informaci3n es confidencial.

Nombre del solicitante

¿Alguna vez se ha declarado culpable de un crimen? Si _____ no _____

Si es s3, por favor explique:

Firma _____ Fecha _____

Por favor que su **sustituto(a)** complete esta secci3n:

Nombre de la sustituto (a) _____

¿Alguna vez se ha declarado culpable de un crimen? Si _____ no _____

Si es s3, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Por favor que su **asistente**, si la tiene, complete esta secci3n:

Nombre de la asistente _____

¿Alguna vez se ha declarado culpable de un crimen? Si _____ no _____

Si es sí, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Por favor que su **alternante**, si la tiene, complete esta sección

Nombre de la alternante _____

¿Alguna vez se ha declarado culpable de un crimen? Si _____ no _____

Si es sí, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Por favor que todos los **miembros de su familia** quienes sean mayores de 14 años completen esta sección (adjunte hojas adicionales si es necesario):

Nombre del miembro de la casa _____

¿Alguna vez se ha declarado culpable de un crimen? Si _____ no _____

Si es sí, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del miembro de la casa _____

¿Alguna vez se ha declarado culpable de un crimen? Si _____ no _____

Si es sí, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del miembro de la casa _____

¿Alguna vez se ha declarado culpable de un crimen? Si _____ no _____

Si es sí, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del miembro de la casa _____

¿Alguna vez se ha declarado culpable de un crimen? Si _____ no _____

Si es si, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del miembro de la casa _____

¿Alguna vez se ha declarado culpable de un crimen? Si _____ no _____

Si es si, por favor explique: _____

Firma _____ Fecha _____