DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
Administración de Cuidado de Niños

SOLICITUD DE CERTIFICACION COMO PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS EN FAMILIA

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL SOLICITANTE *(Apellido, primer nombre)*		FECHA CUANDO LA RECIBIO EL DEPARTAMENTO
CODIGO DE AREA Y TELEFONO ( )	NUM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE

DIRECCION RESIDENCIAL DEL SOLICITANTE *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*

DIRECCION POSTAL DEL SOLICITANTE *(Si es diferente a la residencial)*

DIRECCIONES A LA CASA

RAZA DEL SOLICITANTE *(Usted puede voluntariamente indicar su raza y trasfondo étnico)*	ETNICIDAD DEL SOLICITANTE
☐ AI (Indígena Norteamericana o de Alaska) ☐ AS (Asiática) ☐ BL (Negro o Afroamericano) ☐ NH (Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico) ☐ WH (Blanco)	Hispánico(a) ☐ Sí ☐ No

¿Es usted miembro inscrito de una tribu Indígena Norteamericana? ☐ Sí ☐ No Si lo es, ¿de cuál tribu?

TODOS LOS OTROS NOMBRES QUE UTILIZA *(Liste nombres completos, apodos, aliases, otras formas de deletreo, otros nombres de casada)* SOLICITANTE	TODOS LOS OTROS NOMBRES QUE UTILIZA *(Liste nombres completos, apodos, aliases, otras formas de deletreo, otros nombres de casada)* CONYUGE

¿Usted es ciudadano(a) de EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
¿Si no lo es, ¿esta usted legalmente elegible a trabajar en los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No Proporciona el documentación en la área abajo.

DOCUMENTACION VERIFICANDO EL ESTADO LEGAL A TRABAJAR	FECHA DE EXPIRACION

MATRIMONIOS ANTERIORES *(Solicitante)* ☐ **N/A**	**MATRIMONIOS ANTERIORES *(Cónyuge)*** ☐ **N/A**

MIEMBROS EN EL HOGAR

(Incluya a su cónyuge. Incluya nombres completos, de soltera, apodos, otros nombres de casada, etc.)

Nombre *(Apellido, primer, segundo)*	**Fecha de nacimiento**	**Núm. de Seguro Social**	**Relación con el solicitante**
			CONYUGE

Utilice una hoja adicional para listar a otros miembros del hogar.
Yo entiendo que cualquier persona que permanezca en mi hogar por 21 o más días consecutivos será considerada como miembro del hogar. También entiendo que lo precedente no constituirá la única consideración de quién será considerado como miembro del hogar.

NIÑOS QUIENES NO VIVEN EN EL HOGAR

(Incluya cónyuges. Utilice nombres completos, de soltera, apodos, otros nombres de casada, etc.)

Nombre *(Apellido, primer, segundo)*	**Fecha de nacimiento**	**Núm. de Seguro Social**	**Relación con el solicitante**

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales 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 una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese 542-4238; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. ● English on front.

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE *(Apellido, primer nombre)*

REFERENCIAS

Favor de proporcionar los nombres de por lo menos cinco adultos, **sin parentesco con usted**, quienes le hayan conocido por lo menos durante un año y quienes puedan proporcionar información acerca de las capacidades de usted para **cuidar y criar niños.**

1. NOMBRE *(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ( )
DIRECCION COMPLETA *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*	
2. NOMBRE *(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ( )
DIRECCION COMPLETA *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*	
3. NOMBRE *(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ( )
DIRECCION COMPLETA *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*	
4. NOMBRE *(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ( )
DIRECCION COMPLETA *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*	
5. NOMBRE *(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)*	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ( )
DIRECCION COMPLETA *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*	

☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Casa móvil ☐ Otra *(Especifique)*

Debido a la obligación que pueda resultar, el proveedor habrá de informarle al arrendador (si es aplicable) sobre el plan para conducír negocios en el establecimiento de cuidado de niños.

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS SUBSTITUTO

El proveedor substituto tiene que tener por lo menos 18 años de edad y poder acudir a su casa cuando sea necesario para cuidar del niño(s) cuando usted tenga que salir para citas médicas, entrenamiento de cuidado para niños, urgencias, etc. Si su proveedor substituto es un centro de cuidado de niños, un hogar para grupos de DHS o un Proveedor de Cuidado de Niños certificado por DES, el cuidado se podrá proporcionar en el establecimiento del substituto.

NOMBRE DEL PROVEEDOR SUBSTITUTO *(Apellido, primer, segundo)*	NOMBRE DE SOLTERA, OTROS NOMBRES DE CASADA, APODOS, ETC.	CODIGO DE AREA Y TELEFONO ( )
DIRECCION *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)*	FECHA DE NACIMIENTO	NUM. DE SEGURO SOCIAL

REQUISITOS PARA LOS PROVEEDORES

El proveedor, los miembros de su hogar y el proveedor substituto han de tener autorización del Registro Central de Servicios Protectores para Menores y de las bases de datos CHILDS. El proveedor tiene que proporcionar prueba de inmunizaciones contra enfermedades transmisibles para las cuales existen vacunas rutinarias fácilmente obtenibles (esto es aplicable al proveedor, el substituto y todo niño menor de 13 años de edad del proveedor). El proveedor, el substituto y todos los miembros del hogar del proveedor tienen que presentar anualmente una prueba negativa de TB. Al proveedor se le entrevistará y a todos los adultos se les tomará las imágenes dactilares. El proveedor y su substituto tienen que haber recibido entrenamiento en primeros auxilios y CPR para infantes/niños dentro de 60 días de haber terminado el proceso de certificación. Un solicitante se conformará con todos los requisitos del artículo 52 y autorizo el departamento para obtener la información adicional como necesaria para determinar mi capacidad de resolver estos requisitos.

Los proveedores son responsables de mantener seguro contra responsabilidad adecuada para el cuidado de niños. Además, si el proveedor piensa transportar a los niños bajo su cuidado, el proveedor es responsable de mantener por lo menos el mínimo de seguro contra responsabilidad para el vehículo(s) utilizado(s) para transportar a los niños bajo cuidado, y tener cinturones de seguridad y asientos para niños conforme a la ley.

CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS CONTRA LA DISCRIMINACION

Las leyes y los reglamentos federales prohiben la discriminación o denegación de beneficios o participación en servicios contractuales por motivos de raza, color, origin nacional, religión, género, edad, incapacidad o creencias políticas en los programas que reciben asistencia económica federal. Este Departamento ha establecido un proceso de querella. Si usted cree que se ha discriminado en su contra por motivos de raza, color, origen nacional, religión, género, edad, incapacidad o creencias políticas, pida un formulario de Solicitud de Audiencia (FA-503). Su trabajador le ayudará a rellenar el formulario. Cualquier falsa representación intencional de los hechos en este formulario resultará en la denegación de la solicitud o la revocación de su certificado o licencia.

FIRMA

FIRMA DE SOLICITANTE	FECHA