CC-200 (7-05)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Child Care Administration

# CERTIFIED FAMILY CHILD CARE PROVIDER APPLICATION

| APPLICANT'S FULL LEGAL NAME *(Last, First, Middle)* | | DATE RECEIVED BY DEPARTMENT |
|---|---|---|
| AREA CODE AND PHONE NO. ( ) | SOC. SEC. NO. | APPLICANT'S BIRTHDATE |

APPLICANT'S RESIDENTIAL ADDRESS *(No., Street, City, State, ZIP)*

APPLICANT'S MAILING ADDRESS *(If different from residential)*

DIRECTIONS TO HOME

APPLICANT'S RACE *(You may voluntarily indicate your race and ethnic background)*
☐ AI (American Indian or Alaskan Native) ☐ AS (Asian) ☐ BL (Black or African-American)
☐ NH (Native Hawaiian or other Pacific Islander) ☐ WH (White)

APPLICANT'S ETHNICITY
Hispanic ☐ Yes ☐ No

Are you an enrolled member of an American Indian tribe? ☐ Yes ☐ No If yes, which tribe?

| ALL OTHER NAMES USED *(List complete names, nicknames, aliases, other spellings, other married names)* APPLICANT | ALL OTHER NAMES USED *(List complete names, nicknames, aliases, other spellings, other married names)* SPOUSE |
|---|---|

Are you a U.S. citizen? ☐ Yes ☐ No
If No, are you legally eligible to work in the U.S.? ☐ Yes ☐ No Provide documentation in the spaces below.

| TYPE OF DOCUMENTATION CONFIRMING LEGAL WORK STATUS *(Specify)* | EXPIRATION DATE |
|---|---|

| **PREVIOUS MARRIAGES *(Applicant)*** ☐ **N/A** | **PREVIOUS MARRIAGES *(Spouse)*** ☐ **N/A** |
|---|---|

## HOUSEHOLD MEMBERS

*(Include your spouse. Use complete names, maiden names, nicknames, other married names, etc.)*

| Name *(Last, First, Middle)* | Birthdate | Soc. Sec. No. | Relationship to Applicant |
|---|---|---|---|
| | | | SPOUSE |
| | | | |
| | | | |

Use an additional sheet of paper to list other household members.
I understand that any person who is present in my home for 21 consecutive days or more will be considered to be a household member.
I also understand that the above shall not be the sole consideration of who is a household member.

## CHILDREN OUT-OF-HOME

*(Include spouses. Use complete names, maiden names, nicknames, other married names, etc.)*

| Name *(Last, First, Middle)* | Birthdate | Soc. Sec. No. | Relationship to Applicant |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Equal Opportunity Employer/Program ● Under the Americans with Disabilities Act (ADA), the Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service, or activity. For example, this means that if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. This document is available in alternative formats by contacting 602-542-4238. ● Español en el reverso.

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<br>( ) | 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)<br>☐ NH (Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico) ☐ WH (Blanco) | Hispánico(a)<br>☐ 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 la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de 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, comuníquese con: 602-542-4238. ● English on front.

APPLICANT'S COMPLETE NAME *(Last, First, Middle)*

## REFERENCES

Please furnish the names of at least five adults, **not related to you**, who have known you for at least one year and can provide information regarding your abilities to **care for and nurture children**.

| 1. NAME *(Last, First, M.I.)* | AREA CODE AND PHONE NO. ( ) |
|---|---|
| COMPLETE ADDRESS *(No., Street, City, State, ZIP)* | |
| 2. NAME *(Last, First, M.I.)* | AREA CODE AND PHONE NO. ( ) |
| COMPLETE ADDRESS *(No., Street, City, State, ZIP)* | |
| 3. NAME *(Last, First, M.I.)* | AREA CODE AND PHONE NO. ( ) |
| COMPLETE ADDRESS *(No., Street, City, State, ZIP)* | |
| 4. NAME *(Last, First, M.I.)* | AREA CODE AND PHONE NO. ( ) |
| COMPLETE ADDRESS *(No., Street, City, State, ZIP)* | |
| 5. NAME *(Last, First, M.I.)* | AREA CODE AND PHONE NO. ( ) |
| COMPLETE ADDRESS *(No., Street, City, State, ZIP)* | |

## HOUSING

☐ Own ☐ Rent ☐ House ☐ Apartment ☐ Mobile home ☐ Other *(Specify)* _____

Because of the liability that may result, the provider should advise the landlord *(if applicable)* of the plan to conduct business at the child care site.

## BACK-UP CHILD CARE PROVIDER

The back-up provider must be at least 18 years of age and should be able to come to your home when necessary to provide care when you have to be out of the home for doctor's appointments, child care training, emergencies, etc. If you are using a child care center, DHS group home or DES-certified Family Child Care Provider as a backup, care can be provided at the backup's facility.

| NAME OF BACK-UP PROVIDER *(Last, First, Middle)* | MAIDEN NAME, OTHER MARRIED NAMES, NICKNAMES, ETC. | AREA CODE AND PHONE NO. ( ) |
|---|---|---|
| ADDRESS *(No., Street, City, State, ZIP)* | BIRTHDATE | SOC. SEC. NO. |

## REQUIREMENTS FOR PROVIDERS

Providers, their household members, and backup providers must be cleared through Child Protective Services Central Registry and CHILDS databases. The provider must supply proof of immunity from communicable diseases for which routine immunizations are readily and safely available *(applies to provider, backup and provider's children under 13 years of age)*. The provider, backup and all of the provider's household members must have a negative TB test annually. The provider must be interviewed and all adults must be fingerprinted. The provider and backup must be trained in infant/child CPR and first aid procedures within 60 days of completing certification. An applicant shall comply with all requirements of Article 52 and I authorize the Department to obtain additional information as necessary to determine my ability to meet these requirements.

Providers are responsible for maintaining adequate child care liability insurance. Further, if the provider plans to transport children in care, the provider is responsible for maintaining at least minimum liability insurance on the car(s) used to transport children in care and have seat belts and child restraint seats as required by law.

## COMPLIANCE WITH NON-DISCRIMINATION

Federal laws and regulations prohibit discrimination or the denial of benefits of or participation in Contract Services on the basis of race, color, national origin, religion, sex, age, handicap or political beliefs in programs receiving federal financial assistance. This Department has established a complaint procedure. If you feel you have been discriminated against because of your race, color, national origin, religion, sex, age, handicap or political beliefs, ask for a Hearing Request form (FA-503). Your worker will assist you in completing the form. Any intentional misrepresentation of facts on this application will result in denial of the application or revocation of the certificate or license.

## SIGNATURE

| APPLICANT'S SIGNATURE | DATE |
|---|---|

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 |
|---|---|
| | |