CC-201-A (11-02)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Child Care Administration

DATE

REGISTRATION AND EMPLOYMENT HISTORY FOR PROVIDING DES - CERTIFIED CHILD CARE SERVICES

☐ Applicant
☐ Household Member
☐ Back-up

NAME OF PERSON BEING FINGERPRINTED *(Last, First, M.I.)* | SOC. SEC. NO.

OCCUPATION

CHILD CARE PROVIDER'S NAME *(If different from above)*

EMPLOYMENT HISTORY

Complete the following employment history. Start with your present or most recent job and go back five years. If necessary, use an additional sheet and attach it to this form.

1. EMPLOYER'S NAME	JOB TITLE	EMPLOYMENT DATES From: To:	
ADDRESS *(No., Street, Suite No., City, State, ZIP)*		PHONE NO.	REASON FOR LEAVING
2. EMPLOYER'S NAME	JOB TITLE	EMPLOYMENT DATES From: To:	
ADDRESS *(No., Street, Suite No., City, State, ZIP)*		PHONE NO.	REASON FOR LEAVING
3. EMPLOYER'S NAME	JOB TITLE	EMPLOYMENT DATES From: To:	
ADDRESS *(No., Street, Suite No., City, State, ZIP).*		PHONE NO.	REASON FOR LEAVING

Yes	No	
☐	☐	I give my permission for the DES to contact the employers listed above. If no, give reason.
☐	☐	Have you ever been employed to work with children? If yes, list employer's name and address.
☐	☐	To your knowledge, have you ever been the subject of a Child Protective Services investigation? If yes, explain.
☐	☐	Have you ever been fired or forced to resign from a job working with children? If yes, give reason.
☐	☐	Have you ever been a DES-certified child care home provider? If yes, when and where.

HOUSEHOLD COMPOSITION *(To be completed by certified provider/applicant only)*

I understand that any person who is present in my home will be considered to be a resident if the person:

1. Is present in my home for 21 days or longer,
2. Uses the address of my home as a permanent address of record; and/or
3. Receives benefits or is listed as a member of my household for official documentation.

In addition, I understand that the above may not be the sole considerations.

I will notify my child care certification specialist whenever any individual 18 years of age or older, not listed below, moves into my residence or begins to reside in my home, and whenever anyone who resides in my home turns 18 years of age.

The following person(s) 18 years of age or older resides in my home:

NAME *(Last, First)*	DOB	RELATIONSHIP	NAME *(Last, First)*	DOB	RELATIONSHIP

A CC-201, Registration and Certification Statement for Providing DES Child Care Services must also be completed and signed in the presence of a notary public.

Equal Opportunity Employer/Program ◆ Español en el reverso.

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) 542-4248.

CC-201-A (11-02) - REVERSE

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
Administración de Cuidado para Niños

Fecha

HISTORIA DE REGISTRO Y EMPLEO PARA PROVEER CUIDADO CERTIFICADO POR DES PARA NIÑOS

☐ **Solicitante**
☐ **Miembro del hogar**
☐ **Substituto**

Nombre de persona a tomarse las huellas digitales *(Apellido, nombre, inicial)* | Núm. de Seg. Soc.

Ocupación

Nombre del proveedor(a) de cuidado para niños *(Si es diferente al de arriba)*

HISTORIA DE EMPLEO

Llene el historial de empleo a continuación. Empiece con su trabajo actual o más reciente, y retroceda cinco años. Si necesita, use otra hoja e inclúyala con este formulario.

1.Nombre del empleador	Título del puesto	Fechas de empleo Desde: Hasta:
Domicilio *(Núm., calle, núm. oficina, ciudad, estado, ZIP)*	Teléfono	Razón de dejar el empleo
2. Nombre del empleador	Título del puesto.8	Fechas de empleo Desde: Hasta:
Domicilio *(Núm., calle, núm. oficina, ciudad, estado, ZIP)*	Teléfono	Razón de dejar el empleo
3. Nombre del empleador	Título del puesto	Fechas de empleo Desde: Hasta:
Domicilio *(Núm., calle, núm. oficina, ciudad, estado, ZIP)*	Teléfono	Razón de dejar el empleo

Sí	No	
☐	☐	Autorizo al DES a comunicarse con los empleadores mencionados arriba. Si no, dé la razón.
☐	☐	¿Alguna vez ha trabajado con niños? Si sí, escriba el nombre y el domicilio del empleador.
☐	☐	Que sepa Ud., ¿alguna vez Servicios Protectores para Niños le ha investigado? Si sí, explique.
☐	☐	¿Alguna vez le han despedido u obligado a renunciar de un trabajo con niños? Si sí, dé la razón.
☐	☐	¿Alguna vez DES le ha certificado para cuidar niños en su casa? Si sí, ¿cuándo y dónde?

COMPOSICION DEL HOGAR *(Sólo para uso de proveedor/solicitante certificado)*

Entiendo que toda persona quien esté en mi hogar será considerada residente si la persona:

1. Está presente en mi hogar por 21 días o más; y/o
2. Usa mi domicilio como su domicilio oficial permanente; y/o
3. Recibe beneficios o es mencionada como miembro de mi hogar en documentos oficiales.

Además, entiendo que las consideraciones no necesariamente se limitarán a lo mencionado arriba.

Notificaré a mi especialista de certificación para cuidado de niños cada vez que alguien de 18 o más años, no mencionado a continuación, se mude a mi residencia o comience a residir en mi hogar, y cada vez que algún residente de mi hogar cumpla 18 años.
La siguiente persona(s) de 18 o más años reside(n) en mi hogar:

NOMBRE *(Apellido, nombre)*	CUMPLEAÑOS	RELACION	NOMBRE *(Apellido, nombre)*	CUMPLEAÑOS	RELACION

También deberá llenarse y firmarse ante un notario público el formulario CC-201, declaración de registro y certificación para proveer servicios DES de cuidado para niños.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Enlgish on front.

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) 542-4248.