



Aplicación para la registracion del Cuidado Infantil Familiar

Favor imprimir toda la información. Si necesita espacio adicional escriba en otro papel e inclúyalo en el paquete. Si usted tiene cualquier pregunta sobre esta aplicación, por favor llame a **COMMUNITY COORDINATED CHILD CARE (973) 923-1433 EXT 137 A**
SANDRA LEE CHOW O VIRGINIA WHATLEY EXT. 116.

La información que se reciba de o sobre usted estará abierta a la revisión pública, exepcto los archivos médicos, cualquier archivo sobre abuso / negligencia de niños, o alguna declaración sobre convicciones criminales, los nombres de niños inscritos y archivos de cualquier investigación que todavía este en progreso.

1. Información general:

¿USTED ES UN _____ SOLICITANTE NUEVO _____ SOLICITANTE RENOVANDO

Nombre del solicitante: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Condado _____ Fecha de hoy _____

Línea telefónica (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Nombre de su negocio, si hay alguno _____

Dirección postal si es diferente a la indicada arriba: _____

Yo certifico que yo tengo por lo menos **18 años de edad.** _____ (sí o no)

2. Miembros de la familia

¿En su hogar con usted, vive algún niño(s) de menos de **13 años de edad?** _____ (Si o no)



Si la respuesta es sí, anote el nombre de cada niño, la fecha de nacimiento y relación que le une a usted

El nombre de niño	La fecha de nacimiento	La relación con usted
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Existe algún adulto(s) y/o niños mayores de **13 años de edad** que viven en su hogar?
 _____ (sí o no)

Si la respuesta es sí, dé el nombre y relación que le une a usted. Haga una marca de cotejo al lado del nombre de cualquier persona que le asista en cuidar los niños.

EL NOMBRE	RELACIÓN	¿En el hogar durante horas de cuidado?
_____	_____	Sí No
_____	_____	Sí No
_____	_____	Sí No
_____	_____	Sí No
_____	_____	Sí No
_____	_____	Sí No

3. Los animales caseros o domesticados



¿Usted, tiene algún animal domesticado en su casa ? _____ (si o no)

¿Si la respuesta es sí, explique _____

¿Están todos sus animales domesticados, no son agresivos y están libres de enfermedades contagiosas? _____ (si o no)

Si la respuesta es no, por favor explique _____

4. El horario operativo de cuidado de niños

Día	Sí	No	Horas de Servicio	Horario del Proveedor		
				Proveedor	Asistente	Alterno
Domingo						
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						

Vacaciones planeadas / fechas de cierre: _____

¿Usted, actualmente provee cuidado de niño en su hogar?

5. Sustituto

El sustituto debe tener por lo menos 18 años de edad. El sustituto debe someter el formulario para Información de Archivos Sobre Abuso y Negligencia de Niños (CARI) y Declaración Sobre Convicciones Criminales.

¿Quién proporcionará cuidado **sustituto** si usted no esta disponible?

Nombre de sustituto _____



Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Condado _____ Teléfono _____

Yo certifico que esta persona tiene por lo menos **18 años de edad**. _____ (sí o no)

¿Usted le proveerá cuidado a niño(s) del Sustituto en su hogar? _____ (sí o no)

Si su respuesta es sí, ¿usted le cobrará una cuota por el cuidado? _____ (sí o no)

6. Asistente

Un asistente es requerido bajo ciertas condiciones indicadas en el Manual de Requisitos. El asistente debe tener por lo menos **14 años de edad**. El asistente de menos de 16 años, que no sea su hijo(a) debe tener permiso de trabajo. El asistente debe someter declaración médica y los resultados de la prueba de tuberculina Mantoux, Divulgaciones Criminales y el formulario para los Archivos Sobre el Registro del Abuso del Niño y Negligencia (CARI).

Usted, ¿tendrá un **asistente**? _____ (sí o no)

Si su respuesta es sí, por favor complete la siguiente información:

El Nombre del Asistente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Condado _____ Teléfono _____

Yo certifico que esta persona tiene por lo menos **14 años de edad**. _____ (sí o no)

La edad del asistente si es menor de 18 años de edad _____

La relación del asistente con usted, si existe alguna _____

Usted, ¿cuidará el/los niño(s) del asistente en su hogar? _____ (sí o no)

Si su respuesta es sí, ¿usted le cobrará una cuota de pago por el cuidado? _____ (sí o no)



7. El alterno

Usted puede tener un alterno si usted desea compartir las responsabilidades con alguien más. El Alterno debe tener por lo menos **18 años de edad**. El Alterno debe asistir al entrenamiento de pre-servicio, someter una declaración médica, resultados de la prueba de la tuberculosis (Mantoux /TB), un formulario de Divulgaciones sobre Convicciones Criminales, Consentimiento para la Investigación sobre el registro del Abuso / Negligencia de Niños, dos referencias y la certificación sobre entrenamiento en Resucitación Cardiaco Pulmonar (CPR) y Primeros Auxilios.

¿Usted tendrá un alterno? _____ (sí o no) Si su respuesta es sí, por favor complete la siguiente información.

Nombre de alterno _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Condado _____ Teléfono _____

Yo certifico que esta persona tiene por lo menos **18 años de edad** _____ (sí o no)

¿Usted tendrá bajo sus cuidados niño(s) del alterno en su hogar? _____ (sí o no)

8. Divulgación

¿Ha recibido un certificado como Proveedor Registrado del Cuidado del Niño en Familia en el estado de New Jersey? _____ (sí o no)

¿Si su respuesta es sí, en que condado? _____

¿En qué año? _____

¿Ha sido su aplicación para ser un proveedor de cuidado del niño en familia negada, o su licencia, certificado u otra aprobación como proveedor de cuidado de niño en familia alguna vez, suspendido, revocado o rehusado para la renovación en New Jersey u otro estado? _____ (sí o no)

Si su respuesta es sí, por favor explique: _____



Se requiere que usted nos diga si ha sido o no declarado culpable de un delito. Además deben darse divulgaciones convicciones criminales de su sustituto, asistente, alterno, y **todo miembro(s)** de la familia que tenga por lo menos **14 años de edad**. Esta información se revisara y se guardara en un archivo confidencial. Su aplicación necesariamente no se afectará por estas divulgaciones. Por favor dénos la información en la forma adjunta marcada como **Divulgaciones sobre Convicciones Criminales**.

Además se requiere que usted de su consentimiento que la División Estatal de Servicios a la Juventud y la Familia, (DYFS) conduzca una investigación sobre el Registro del Abuso/Negligencia de Niños (CARI) para determinar si existe un informe de abuso o negligencia comprobado contra usted o cualquier persona viviendo o trabajando en su hogar. Su sexo, raza, y fecha de nacimiento se necesita para este chequeo. Esta información y consentimiento también deben darlo, su sustituto, asistente, alterno y todos los miembros de su hogar que tengan por lo menos 14 años de edad. Su aplicación para el registro o la renovación **se rechazará** si no dan el consentimiento o si una alguna alegación de abuso o negligencia de niño(s) ha sido comprobada por DYFS. Por favor, dénos el consentimiento en la forma adjunta marcada, **Forma de Consentimiento para la Investigación del Abuso de Niños**.

9. Listados

A. Sistema de Recurso y Referido del Cuidado del Niño en New Jersey

¿Usted desea estar en la lista del Sistema de Recursos y Referidos, para que se de su nombre y teléfono a padres que necesitan cuidado de niño(s) _____ (sí o no)

B. Listado de la Oficina de Licenciamiento del Cuidado del Niño en Familia

La Oficina de Licenciamiento (OOL), del Departamento de Niños y Familias (DCF), hace accesible al público el listado de proveedores registrados del cuidado del niño en familia que escogen ser incluidos. A usted no se le requiere ser incluida en este listado y su aplicación no se afectara por su respuesta a esta pregunta. Si usted responde que "sí", su nombre, dirección, y teléfono será incluido en el listado de proveedores registrados que esta accesible al público. No hay cargos por incluir al proveedor en este listado. Aquellos que hacen una petición para este listado de OOL puede ser un miembro del público como negocios que ofrecen productos o servicios relacionados con el cuidado del niño; organizaciones profesionales de cuidado del niño, agencias privadas de recurso y referido que quizás den su nombre a padres que necesitan cuidado de niño; padres individuales que necesitan cuidado de niño; y otros. Si su respuesta es "no" su nombre, su dirección y



número de teléfono se le dará solo a la Oficina de Licenciamiento y la Unión de Trabajadores del Cuidado del Niño (CCWU) pero no se le dará al público.

Usted, ¿desea ser incluida en el listado de proveedores registrados que se hará accesible al público al DCF Oficina de Licenciamiento? _____ (Sí o No)

Usted puede cambiar sus respuestas a las preguntas 9A y B en cualquier momento que usted desee escribiendo a su agencia patrocinadora a la dirección que se muestra en la última página de este formulario de aplicación.

10. Firma

Yo certifico que la información que he dado en esta aplicación es verdadera en mejor de mi conocimiento y creencia. Yo entiendo que la inclusión de información falsa en este formulario de aplicación puede resultar en la negación de esta aplicación, o la suspensión, revocación y no renovación de mi Certificado de Registro.

Firma _____ Fecha _____

11. Información adicional

Favor devolver este formulario con la siguiente información:

***Solicitantes Nuevos:**

1. Hoja de información de referencias para usted y su alterno
2. Declaración médica para usted, su alterno, sustituto y su asistente, si aplica, y sobre algún miembro del hogar que está presente durante las horas del cuidado de niños matriculados;
3. Resultados de las pruebas de tuberculosis (Mantoux /TB) para usted, su alterno y su asistente, sustituto y algún miembro de la familia que está presente durante las horas del cuidado de niños matriculados;
4. Las Divulgaciones sobre Convicciones Criminales para usted, su alterno y su asistente, su sustituto y todos sus miembros del hogar que tengan por lo menos 14 años de edad;
5. Las formas de Consentimiento para la Investigación sobre el Registro Abuso/Negligencia de Niños (CARI) para usted, su alterno, su asistente, su sustituto, y todos los miembros de su hogar que tengan por lo menos 14 años de edad.
6. Prueba de vacunas de los animales domesticados como indica el veterinario;



7. La Documentación para usted, su alterno si alguno de certificación corriente en Resucitación Cardiovascular (CPR) y el completo del curso de Primeros Auxilios que halla cogido dentro de los últimos tres años si no hay fecha de expiración.

***Solicitantes de renovación:**

1. Declaración médica para usted, su alterno, sustituto y su asistente, si aplica, y sobre algún miembro del hogar que está presente durante las horas del cuidado de niños matriculados;
2. Las Divulgaciones sobre Convicciones Criminales para usted, su alterno y su asistente, su sustituto y todos sus miembros del hogar que tengan por lo menos 14 años de edad;
3. Las formas de Consentimiento para la Investigación del Registro del Abuso/Negligencia de Niños (**CARI**), para usted, su alterno, su sustituto y todos los miembros de su hogar que tengan por lo menos 14 años de edad.
4. Prueba de vacunas de los animales domesticados como indica el veterinario;
5. La Documentación para usted, su alterno si alguno de certificación corriente en Resucitación Cardiovascular (CPR) y el completo del curso de Primeros Auxilios que halla cogido dentro de los últimos tres años si no hay fecha de expiración.
6. Documentación de su asistencia a **20 horas de entrenamiento adicionales** requeridas, que hallan sido provistas o aprobadas por la agencia patrocinadora durante los últimos tres (3) años del periodo de registro.

Una cuota de registro no reembolsable de \$25.00 en la forma de cheque o giro postal pagadero a la agencia patrocinadora es requerido para el momento de hacerles o darles un Certificado de Registro ya sea al inicial uno regular o temporero, o al renovar uno temporero o regular.

Devuelva el paquete de aplicación:

Community Coordinated Child Care
225 long Ave. Bldg #15
Hillside, NJ 07083
973-923- 1433 ó 973- 923-0550