

CONFIDENCIAL
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
SOBRE LA INFORMACION DEL ABUSO DE MENORES
DIVISION DE SERVICIOS A LA JUVENTUD Y LA FAMILIA
OFICINAS DE LICENCIAS
INSCRIPCION DE LOS HOGARES DE CUIDADO FAMILIAR

POR FAVOR LLENAR EN TINTA CON LETRA LEGIBLE. LLENAR EL FORMULARIO POR AMBOS LADOS Y DEVOLVER A LA ORGANIZACION PATROCINADORA. ADJUNTAR HOJAS ADICIONALES SI NECESITA MAS ESPACIO. LA PROVEEDORA O SOLICITANTE, SUSTITUTOS, ALTERNOS Y ASISTENTES (SI LOY HAY), Y TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR MAYORES DE 14 AÑOS DEBERAN LLENAR COPIAS SEPARADAS DE ESTE FORMULARIO.

Su nombre complete (nombre y apellido): _____

Nombre anterior, de soltera o apodos: _____

Fecha en que ocurrio el cambio de nombre, si es del caso: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ estado: _____ Zip: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

Numero de seguro social: _____ Sexo: _____

NOTA: Segun lo establecido en el Acto de Privacidad Federal de 1974 (P.L. 93-579), es voluntario proporcionar el numero de seguro social. El numero de seguro social, la raza, fecha de nacimiento y sexo se utilizaran solamente con el objetivo de realizar una verificacion sobre la informacion sobre el abuso de Menores segun lo autoriza la ley de inscripcion para los Hogares de Cuidado Familiar de Nueva Jersey (N.J.S.A. 30:5B-16 et seq.).

Nombres completos y edades de todos los niños menores de 14 años que vivan en su hogar, si los hay:

Direcciones anteriores a partir de Julio de 1995 y fechas en las que vivio en las mismas:

1) _____

Desde: _____ Hasta: _____
(Mes) (año) (Mes) (año)

2) _____

Desde: _____ Hasta: _____
(Mes) (año) (Mes) (año)

3) _____

Desde: _____ Hasta: _____
(Mes) (año) (Mes) (año)

4) _____

Desde: _____ Hasta: _____
(Mes) (año) (Mes) (año)

NOMBRE: _____

(Por favor llenar en tinta con letra legible)

Por favor indique si usted es un/a:

_____ Una nueva solicitante para la inscripcion _____proveedora solicitando renovacion

_____ sustitute/a _____asistente _____alterno/a

_____ Miembro del hogar de la nueva solicitante, proveedora inscrita o solicitando la renovacion

Si usted es un/a sustito/a, asistente, alterno/a o miembro del hogar, por favor indique el nombre del

solicitante o proveedora: _____

(Por favor llenar en tinta con letra legible)

TODAS LA PERSONAS QUE COMPLETEN ESTE FORMULARIO DEBEN LEER Y FIRMAR LO QUE SIGUE A CONTINUACION:

DOY ME CONSENTIMIENTO PARA QUE LA DIVISION DE SERVICIOS A LA JUVENTUD Y LA FAMILIA REALICE UNA VERIFICACION SOBRE AL INFORMACION PROPORCIONADA EN EL FORMULARIO SOBRE EL ABUSO DE MENORES A FIN DE DETERMINAR SI UN PRESUNTO ABUSO O DESCUIDO DE MENORES SE HA COMPROBADO CONTRA MI. CERTIFICO QUE EN EL MOMENTO NO ESTOY SIENDO INVESTIGADA POR NINGUN PRESUNTO ABUSO O DESCUIDO DE MENORES. ES DE MI CONOCIMIENTO QUE SI SE LLEGA A CONOCER INFORMACION CORROBORADA SOBRE EL ABUSO O DESCUIDO DE MENORES, O SI ME NIEGO A FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, NO SE LE PERMITIRA A LA PROVEEDORA O A LA SOLICITANTE SER O CONTINUAR SIENDO UNA PROVEEDORA INSCRITA. CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION QUE HE PROPORCIONADO EN ESTE FORMULARIO ESTA COMPLETA Y CORRECTA SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firma: _____ Fecha: _____

FOR SPONSORING ORGANIZATION USE ONLY

Sponsoring organization: **COMMUNITY COORDINATED CHILD CARE**

Cost code: **001019**

County: **UNION**

Number of persons at least 14 years old living or working in this family day care home, including applicant/provider, spouse, resident children, substitute, assistant and alternate: _____

FOR OFFICE OF LICENSING USE ONLY

OOL staff initials _____