



– Aplicación para la Registración 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.**

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 **14 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 **14 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	Alternativo
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 cobrara 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, ¿cuidara el/los niño(s) del asistente en su hogar? _____ (sí o no)

Si su respuesta es sí, ¿usted le cobrara 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

À. 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 necesiten 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



REGISTRO DE CONVICCIONES CRIMINALES

Por favor complete la siguiente informacion y devuelva esta hoja y la aplicacion de inscripcion a Community Coordinated Child Care. Esta informacion estara confidencial.

Su Nombre: _____

Alguna vez se le declaro culpable de un crimen? _____ (Si/No)

Si es asi, explique: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Su sustituto(a) debe de llenar la siguiente informacion:

Nombre del Substituto(a): _____

Alguna vez se le declaro culpable de un crimen? _____ (Si/No)

Si es asi, explique: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Su asistente debe de llenar la siguiente informacion:

Nombre de su asistente: _____

Alguna vez se le declaro culpable de un crimen? _____ (Si/No)

Si es asi, explique: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Su suplente debe de llenar la siguiente informacion:

Nombre del suplente: _____

Alguna vez se le declaro culpable de un crimen? _____ (Si/No)

Si es asi, explique: _____

Firma: _____ Fecha: _____

En los siguientes espacios, pidale a TODOS los miembros de su hogar que tengan mas de 14 años de edad, que llenen la siguiente informacion:

Nombre: _____

Relacion con el proveedor: _____

Alguna vez se le declaro culpable de un crimen? _____ (Si/No)

Si es asi, explique: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Relacion con el proveedor: _____

Alguna vez se le declaro culpable de un crimen? _____ (Si/No)

Si es asi, explique: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Relacion con el proveedor: _____

Alguna vez se le declaro culpable de un crimen? _____ (Si/No)

Si es asi, explique: _____

Firma: _____ Fecha: _____

**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, substitutos, alternos y asistentes (si lo hay), y TODOS los miembros del hogar mayores de 14 años deberan llenar copias separadas de este formulario.

Su nombre completo (nombre y apellido): _____

Nombre anterior, de soltera o apodos: _____

Fecha en que ocurrio el cambio de nombres, o fecha de casamiento: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

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 New 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 lo hay:

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

1). _____

Desde _____
(mes) (año)

Hasta _____
(mes) (año)

2). _____

Desde _____
(mes) (año)

Hasta _____
(mes) (año)

3). _____

Desde _____
(mes) (año)

Hasta _____
(mes) (año)

Nombre: _____

Por favor indique si usted es un/a: _____ una nueva solicitante para la inscripcion

_____ proveedora solicitando renovacion _____ substituto/a _____ asistente _____ alterno/a

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

Si usted es un/a substituto/a, asistente, alterno/a o miembro del hogar, por favor indique el nombre del solicitante o proveedora: _____

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

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE LA DIVISION DE SERVICIOS A LA JUVENTUD Y LA FAMILIA REALICE UNA VERIFICACION SOBRE LA 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 SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA: _____

FECHA: _____

FOR SPONSORING ORGANIZATION ONLY

Sponsoring Organization: Community Coordinated Child Care

Cost Code: 1019 County: Union

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

FOR BUREAU OF LICENSING USE ONLY

BOL staff initials _____

FORMULARIO PARA EXAMEN MEDICO/ PHYSICIAN STATEMENT



225 Long Avenue; Hillside, NJ 07205
Phone: (973) 923-1433 Fax: (973) 923-1311
www.cccunion.org

Favor tener el selló del Doctor estampado en este formulario para que no sea devuelta y no se demore su proceso.

Favor completar la siguiente parte si usted es un proveedor(a), asistente o reemplazo:

Nombre del paciente: _____ Ciudad: _____

Yo estoy solicitando ser un proveedor asistente reemplazo (favor indique)

Yo autorizo al Dr.: _____ que de información sobre mi estado de salud a **Community Coordinated Child Care** con respecto a mi solicitud para ser una proveedora(o) registrada.

Firma: _____ Fecha: _____

Si la paciente es una asistente favor indicar el nombre de la proveedora(o) y la ciudad:

To be completed by physician:

The above named patient is applying for registration as a family day care provider or provider assistant. New Jersey State regulations require a physician's statement verifying the applicant is in good health, free from communicable disease and able to care for children. To assist us in evaluating the applicant, we are asking you to answer the questions below to the best of your knowledge. For further information, please contact: **Sandra Lee-Chow at Community Coordinated Child Care** (telephone): (973) 923-1433 ext. 137.

1. Has the patient been tested for communicable TB? (yes or no) If yes, please state: Date: _____ Test: _____ Results _____
(Note: A Mantoux test is required with 5 TU of PPD tuberculin. A tine test is not acceptable. A chest x-ray is required if the patient has had a previous positive Mantoux test.)

2. Does the patient regularly take medication? _____ Yes or _____ No.
If yes, could this medication adversely affect his or her ability to care
for children? _____ (yes or no) if yes, please explain
why: _____

3. Does the patient have a current communicable disease?
_____ (yes or no) if yes, please describe:

4. How would you describe the patient's general physical and mental
health?

(Check A, B or C)

A. _____ Good physical and mental health, no limitations for work
with children.

B. _____ Health problem, but no limitations for work with children.

Please explain:

C. _____ Health problem that would limit ability to work with children.

Please explain:

Physician's signature: _____

Physician's name (please print): _____

Office address: _____

Telephone: _____ Date of examination _____



WORK FIRST NEW JERSEY SE CONOCIA ANTES COMO
FAMILY DEVELOPMENT PROGRAM (FDP)

Como usted ya sabe, el welfare ha cambiado. Para muchas personas va ser un programa limitado.

2 años – maximo
5 años – de por vida

El titulo del programa significa que el trabajo es el primer paso hacia un futuro brillante. Como familias, personas solteras y parejas sin niños que estan recibiendo asistencia publica, ellos aprenderan de los servicios de sosten que los ayudaran a conseguir y mantener un trabajo.

Una persona en asistencia publica se les va exigir que participe en una actividad de trabajo o que busquen trabajo por si mismo. Muchas actividades de trabajo son de 35 horas a la semana a menos que se le notifique de lo contrario.

Los participantes necesitan buscar proveedoras que les cuiden sus niños para que ellos puedan trabajar o buscar trabajo. El programa de Work First New Jersey les paga por el cuidado de niños mientras ellos esten en una actividad. Nosotros estamos buscando proveedoras que puedan cuidarles los niños a estos participantes.

ACUERDO DE WORK FIRST NJ

COMMUNITY COORDINATED CHILD CARE
225 LONG AVENUE
HILLSIDE, NJ 07205

_____ SI, estoy interesada en cuidar niños del programa de WFNJ.

_____ NO, no estoy interesada en cuidar niños del programa de WFNJ.

Firma de la Proveedora

Fecha

Firma del empleado de CCCC

Fecha

Por favor anote nombre, direccion y numero de telefonos de dos personas que esten de acuerdo para dar referencia de usted. Las personas no pueden ser su familiar. Por lo menos una de estas personas deben decirnos sobre su caracter, reputacion y estabilidad para trabajar con niños. Esta persona puede ser un amigo, vecino, vicario o otra persona que lo conozca bien. La otra persona puede ser un ex-jefe, maestro o padre de un niño que usted haiga cuidado. Si usted no ha trabajado o cuidado niños anteriormente, anote otro amigo, vecino o persona que no sea su familiar.

1. Nombre _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Telefono _____ Como esta persona lo conoce a usted?

2. Nombre _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Telefono _____ Como esta persona lo conoce a usted?

3. Nombre _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Telefono _____ Como esta persona lo conoce a usted?



SOLICITUD DE REFERENCIAS
DEL PROVEEDOR

Por favor completar y devolver a:

Nombre: Sandra Lee Chow

Telefono: 973-923-1433 ext.137

Organizacion: Community Coordinated Child Care

Direccion: 225 Long Avenue, Hillside, NJ 07205

_____ ha hecho solicitud para inscribirse como proveedor de cuidado familiar. El/la solicitante ha dado su nombre pues usted conoce sus aptitudes para cuidar niños. Mucho se agradecen sus comentarios. No se podra garantizar la confidencialidad de cualquier informacion que nos proporcione y se utilice para tomar una decision respecto a la solicitud, por cuanto esta informacion podra ser utilizada en una junta administrativa.

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. Por cuanto tiempo y que tan bien conoce a el/la solicitante?
(tiempo años/meses) _____ (bien-superficialmente) _____

2. Cual es su relacion con el/la solicitante?

3. En cuales circunstancias ha observado a el/la solicitante en su trato con los niños?

4. Cree que el/la solicitante tiene la capacidad de cuidar adecuadamente hasta 5 niños a la vez? Por favor explique.

5. Cree que el/la solicitante posee buen caracter, suficiente inteligencia, estabilidad, energia y madurez para cuidar a los niños que se le den a su cargo? Por favor explique.

6. Escogeria a el/la solicitante para cuidar a sus propios hijos o a niños de su familia? Por favor explique.

7. Que otras personas que conozca viven en el hogar de el/la solicitante?

8. Cree que el caracter de estas personas sean una influencia positiva en los niños? Por favor explique.

9. Comentarios adicionales (opcional).

10. Si desea que uno de los empleados de la agencia se comunice con usted en relacion a el/la solicitante, por favor indique, de otra manera puede comunicarse con la oficina indicada al comienzo.

_____ Si, por favor comuniquese conmigo _____ No, no hay necesidad de hacerlo

Firma: _____

Su Nombre (letra imprenta): _____

Fecha: _____

Telefono: _____

Titulo y organizacion, si es el caso: _____

Direccion: _____