

Solicitud de certificación - Programas de cuidado infantil familiar y en el hogar

CERTIFICATION APPLICATION – FAMILY AND IN-HOME CHILD CARE PROGRAMS

Uso del formulario: Completar este formulario es obligatorio para cumplir con los requisitos establecidos en el DCF 202.04(4), Wisconsin Administrative Code. La agencia recibe oficialmente una solicitud solo si está completamente llena, firmada, fechada y presentada con todos los materiales requeridos. El suministro de su social security number (SSN) o federal employee identification number (FEIN) es obligatorio por norma DCF. Su solicitud no se procesará si no proporciona su SSN or FEIN. El departamento es legalmente responsable de proteger la confidencialidad de la información de identificación personal. La información personal que proporcione puede usarse para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04 (1)(m), Wisconsin Statutes]. Si no presenta una solicitud completa, su solicitud se cerrará.

Instrucciones: Antes de completar este formulario, lea la sección Autorización, marque una de las tres opciones enumeradas a continuación e ingrese la fecha en la que espera abrir su programa. La solicitud completa se presentará a la agencia de certificación correspondiente.

- Nueva aplicación
 Reubicación de hogar certificado existente
 Solicitud de renovación
- Fecha de apertura propuesta: _____ (mm/dd/aaaa)

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| | |
|--|---|
| 1. Nombre del solicitante (persona legalmente responsable) | Fecha de nacimiento del solicitante |
| Social Security Number (SSN): el número utilizado a efectos fiscales. | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene un SSN? En caso afirmativo, proporcione el número: Federal Employer Identification Number (FEIN): el número utilizado a efectos fiscales. | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene un FEIN? En caso afirmativo, proporcione el número: | |
| Lenguaje primario | ¿Necesita un intérprete? |
| <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> otro: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Raza | |
| <input type="checkbox"/> caucásico/blanco <input type="checkbox"/> negro/afroamericano <input type="checkbox"/> indio americano <input type="checkbox"/> isleño asiático o del Pacífico <input type="checkbox"/> desconocido | |
| Dirección | Número de teléfono de casa |
| Dirección (si es diferente de la dirección de casa) | Número de teléfono celular |
| Dirección de correo electrónico | |

2. Sí No ¿El solicitante posee actualmente otro tipo de licencia, certificación o regulación? En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda.

Hogar familiar para adultos Centro de cuidado infantil con licencia
 Hogar de acogida (niños) Otro: especifique: _____

NOTA: Si tiene una licencia o certificado actual para cuidar a niños o adultos (por ejemplo, cuidado de crianza, cuidado de niños con licencia), el formulario del departamento *Regulatory Agency Approval / Acknowledgement to Operate Child Care Business* (DCF-F-DWSW13259) debe presentarse.

3. Referencias. Consulte con la agencia certificadora para determinar si se requieren referencias. Si es necesario, proporcione los nombres de las personas que están familiarizadas con usted y su capacidad para cuidar a los niños. Incluya el nombre completo, la dirección y el número de teléfono de cada individuo. Nota: No se aceptan apartados de correo.

| Nombre (primer nombre, apellido) | Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal) | Número de teléfono |
|----------------------------------|--|--------------------|
| a. | | |
| b. | | |
| c. | | |

B. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

| | | |
|--|--|--|
| 1. Se brindará atención en: (marque uno) | Condado en donde se brindará la atención | |
| <input type="checkbox"/> Hogar del niño <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor | | |
| Dirección física del lugar donde se brindará la atención (calle, ciudad, estado, código postal) | Número de teléfono del lugar donde se brindará la atención | |
| Nombre del programa tal como desea que aparezca en la búsqueda de cuidado infantil de Wisconsin childcarefinder.wisconsin.gov | | |
| Dirección postal de donde se proporcionará la atención (si es diferente de la dirección física) | Número de teléfono celular del lugar donde se brindará la atención | |

B. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA (continuo)

2. Horas y días de operación:

| | Domingo | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|--------------------------|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| a. Hora de inicio: | | | | | | | |
| b. Hora de finalización: | | | | | | | |
| c. Hora de inicio: | | | | | | | |
| d. Hora de finalización: | | | | | | | |

3. Meses de operación:

 enero marzo mayo julio septiembre noviembre
 febrero abril junio agosto octubre diciembre

4. Día del programa:

 Día completo
 Medio día

5. Capacidad:

6. Edades de los niños que reciben atención:

Edad menor:

Edad mayor:

7. Información del empleado y/o voluntario. Adjunte una hoja si es necesario.

- Incluya los nombres de los asistentes, sustitutos, voluntarios y cualquier empleado del programa de cuidado infantil, incluido el personal de apoyo (como cocineros, conductores, secretarios o personal de mantenimiento) que no residen en el hogar.
- Envíe un formulario de Solicitud de Verificación de Antecedentes para cada persona que se detalla a continuación.
- Presente la documentación de SIDS/SBS/AHT y capacitación previa al servicio, si la completó, para los cuidadores que se enumeran a continuación.

a. Nombre

Título/Papel

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Fecha de inicio de empleo (mm/dd/aaaa)

Fecha de entrenamiento de SIDS/SBS/AHT

 Sí No ¿Esta persona tiene acceso a niños bajo cuidado? Sí No ¿Esta persona brinda cuidado y supervisión a los niños?

b. Nombre

Título/Papel

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Fecha de inicio de empleo (mm/dd/aaaa)

Fecha de entrenamiento de SIDS/SBS/AHT

 Sí No ¿Esta persona tiene acceso a niños bajo cuidado? Sí No ¿Esta persona brinda cuidado y supervisión a los niños?

c. Nombre

Título/Papel

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Fecha de inicio de empleo (mm/dd/aaaa)

Fecha de entrenamiento de SIDS/SBS/AHT

 Sí No ¿Esta persona tiene acceso a niños bajo cuidado? Sí No ¿Esta persona brinda cuidado y supervisión a los niños?

d. Nombre

Título/Papel

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Fecha de inicio de empleo (mm/dd/aaaa)

Fecha de entrenamiento de SIDS/SBS/AHT

 Sí No ¿Esta persona tiene acceso a niños bajo cuidado? Sí No ¿Esta persona brinda cuidado y supervisión a los niños?

e. Nombre

Título/Papel

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Fecha de inicio de empleo (mm/dd/aaaa)

Fecha de entrenamiento de SIDS/SBS/AHT

 Sí No ¿Esta persona tiene acceso a niños bajo cuidado? Sí No ¿Esta persona brinda cuidado y supervisión a los niños?8. Sí No ¿Proporcionará el programa transporte a niños bajo cuidado? En caso afirmativo, responda las preguntas a continuación.a. Sí No ¿Se proporcionará transporte a través de vehículos de propiedad del programa o del proveedor?b. Yes No ¿El programa se contratará con una compañía u otra agencia para proporcionar transporte? En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona o empresa contratada:9. Sí No No seguro ¿Pretende participar en YoungStar, que lo hace elegible para recibir pagos de WI Shares? En caso afirmativo, el solicitante debe completar y presentar un YoungStar Contract. (Los proveedores en el hogar deben completar y enviar un Wisconsin Shares Contract)

C. PLANTA FÍSICA Y MEDIO AMBIENTE

1. ¿Su fuente de agua es agua pública o un pozo privado? Si es un pozo privado, envíe los resultados de la prueba de agua.

- El agua debe ser analizada anualmente por un laboratorio certificado bajo el ch. ATCP 77 y deberá encontrarse bacteriológicamente seguro.
- Un operador certificado para el cuidado de bebés menores de seis meses deberá someterse a pruebas de agua anualmente para detectar nitratos por un laboratorio certificado bajo el ch. ATCP 77.

Fecha de la última prueba: _____
(mm/dd/aaaa)

2. Sí No ¿Hay mascotas en el hogar? En caso afirmativo, envíe la prueba de rabia actual para gatos, perros y hurones.

3. Miembros del hogar de **9 años de edad y menores**: Haga una lista de todos los niños de 9 años o menos que viven en el hogar (naturales, adoptados, de crianza o residenciales). Adjunte hojas adicionales si es necesario.

| Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento |
|---|-----------------------------|---------------------|
| a. | | |
| b. | | |
| c. | | |
| d. | | |
| e. | | |
| f. | | |

4. Miembros del hogar de **10 años de edad y mayores**:

- Haga una lista de todos los adultos y niños de 10 años o más que viven en el hogar, inclusive niños naturales, adoptados, de crianza o residenciales. Incluya el título del puesto si el miembro del hogar trabaja como ayudante, voluntario o sustituto en el programa de cuidado infantil. Adjunte hojas adicionales si es necesario.
- Envíe un formulario Background Check Request para cada persona que se detalla a continuación.

| | |
|---|--|
| a. Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Nombres anteriores (por ejemplo, apellido de soltera) | Relación con el solicitante (por ejemplo, cónyuge, hijo)/cargo |
| b. Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Nombres anteriores (por ejemplo, apellido de soltera) | Relación con el solicitante (por ejemplo, cónyuge, hijo)/cargo |
| c. Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Nombres anteriores (por ejemplo, apellido de soltera) | Relación con el solicitante (por ejemplo, cónyuge, hijo)/cargo |
| d. Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Nombres anteriores (por ejemplo, apellido de soltera) | Relación con el solicitante (por ejemplo, cónyuge, hijo)/cargo |
| e. Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Nombres anteriores (por ejemplo, apellido de soltera) | Relación con el solicitante (por ejemplo, cónyuge, hijo)/cargo |
| f. Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Nombres anteriores (por ejemplo, apellido de soltera) | Relación con el solicitante (por ejemplo, cónyuge, hijo)/cargo |
| g. Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Nombres anteriores (por ejemplo, apellido de soltera) | Relación con el solicitante (por ejemplo, cónyuge, hijo)/cargo |

D. AUTORIZACIÓN

Autorizo al Department of Children and Families y/o a la agencia certificadora a solicitar y recibir cualquier información que sea apropiada y necesaria para la administración de la certificación de los programas de cuidado infantil. Las fuentes de información pueden incluir, entre otras, Federal Bureau of Investigation Criminal Justice Information, Department of Corrections, Department of Justice, Division of Unemployment Insurance, Department of Regulation and Licensing, Internal Revenue Service, Department of Revenue, Department of Transportation, Wisconsin Technical College System o cualquier otra institución educativa, departamentos estatales y del condado de servicios sociales/humanos, agencias de aplicación de la ley o un empleador actual o anterior. La información de identificación personal recopilada en este formulario se puede utilizar, en parte, a través de la comparación por computadora para verificar la información con los departamentos, agencias y empleadores identificados anteriormente.

Reconozco haber recibido las reglas para la certificación de cuidado infantil familiar del DCF 202, Wis. Admin. Code incluidos los estándares y la lista de verificación para el cuidado infantil certificado en el hogar/familiar, y acepto la responsabilidad legal de cumplir con todas las reglas administrativas según lo promulgado por el departamento bajo la autoridad de s. 48.651, Wis. Stats. Al firmar, declaro que estoy dispuesto a proporcionar a la agencia certificadora y/o al Department of Children and Families información para verificar si se cumplen o no los requisitos para la certificación y además autorizo a la agencia certificadora o al departamento a realizar la investigación que sea necesaria para verificar estos factores, incluido el acceso a las instalaciones en cualquier momento durante las horas de operación.

Afirmo que todas las declaraciones hechas en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que no presentar información correcta o veraz u omitir información es motivo de denegación, revocación u otra sanción bajo la autoridad de los estatutos o códigos administrativos aplicables. Las declaraciones creíbles hechas a la agencia y/o departamento certificador que contradicen la información que proporciono bajo mi certificación escrita también pueden ser motivo de denegación, revocación u otra sanción de certificación.

Cumpliré con todas las leyes, normas y reglamentos. Entiendo y acepto que soy responsable de asegurar que cualquier persona que esté empleada o que tenga algún rol en la operación de mi programa de cuidado infantil cumpla con todas las leyes y regulaciones relacionadas con los programas de cuidado infantil, incluidos los ch. 48 Children's Code, s. 48.686, s. 48.651, y s. 49.155 Wisconsin Shares: Child Care Subsidy of the Wisconsin Statutes, chs. DCF 202 Child Care Certification, DCF 13 Background Checks for Child Care Programs, y DCF 201 Administration of Child Care Funds of the Wisconsin Administrative Codes; y Title 7 C.F.R. Part 226 Child and Adult Care Food Program de las Federal Regulations del U.S. Department of Agriculture. Además, entiendo y acepto que puedo ser legalmente responsable de cualquier acción u omisión de cualquier persona que esté empleada en mi programa de cuidado infantil o que tenga algún papel en la operación de mi programa de cuidado infantil. Entiendo y acepto que el incumplimiento puede resultar en una acción de cumplimiento que incluye la revocación, la negación, la suspensión o la evaluación de confiscación.

Nombre del solicitante (tipo/letra de molde)

Título (tipo/letra de molde)

FIRMA del solicitante

Fecha de firma
(mm/dd/aaaa)