

Solicitud para Certificación – Programas Cuidado de Niños Familiar y en el Hogar Certification Application – Family and In-Home Child Care Programs

Uso del formulario: Es obligatorio completar este formulario para cumplir los requisitos indicados en DCF 202.04(3), Wisconsin Administrative Code (DCF 202.04(3) del Código Administrativo del Estado de Wisconsin). La agencia oficialmente recibe una solicitud solo si ésta ha sido completada, firmada, fechada y presentada con todos los materiales requeridos. La información personal que usted proporcione se puede usar para otros propósitos [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. Si no presenta una solicitud completa se le puede negar la certificación.

Instrucciones: Antes de completar este formulario, lea la sección de Autorización, marque una de las tres opciones indicadas abajo e ingrese la fecha para la que espera abrir su programa. La solicitud completada deberá presentarse al organismo apropiado.

- Solicitud nueva
 Reubicación de hogar certificado existente
 Solicitud de renovación

Fecha propuesta de apertura: _____
(mm/dd/aaaa)

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Nombre del solicitante (individuo legalmente responsable)	Fecha de nacimiento del solicitante
Lengua materna <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Necesita un intérprete? <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"/> Asiático o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocida	
Dirección del hogar del solicitante	Teléfono del hogar del solicitante
Dirección postal del solicitante (si distinta a la dirección del hogar)	Teléfono celular del solicitante
Correo electrónico del solicitante	

2. Sí No ¿Tiene el solicitante actualmente algún otro tipo de licencia, certificación o regulación? Si respondió "Sí", marque todo lo que corresponda.
- Hogar familiar para adultos Centro de cuidado de niños con licencia
 Hogar de crianza (niños) Otro – Especifique: _____

NOTA: Si actualmente tiene una licencia o certificado para cuidar a niños o adultos (por ejemplo, cuidado de crianza, cuidado de niños con licencia), debe presentar el formulario del departamento [Regulatory Agency Approval / Acknowledgement to Operate Child Care Business](#) (Aprobación de la agencia reguladora /Aceptación para operar una guardería) (DCF-F-DWSW13259) .

3. Sí No ¿El solicitante opera actualmente otros programas de guardería certificados? Si respondió "Sí", dé los nombres y lugares de los otros programas. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada.

4. Referencias. Consulte con la agencia que da la certificación para determinar si es necesario presentar nombres, direcciones y teléfonos de referencia.

B. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1. El cuidado se proporcionará en: (marque uno) <input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor	Número de teléfono donde se proporcionará el cuidado
Dirección física donde se proporcionará el cuidado (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)	Número de teléfono celular donde se proporcionará el cuidado
Dirección postal donde se proporcionará el cuidado (si es distinta a la dirección física)	Condado donde se proporcionará el cuidado

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: <input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Julio <input type="checkbox"/> Septiembre <input type="checkbox"/> Noviembre <input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Agosto <input type="checkbox"/> Octubre <input type="checkbox"/> Diciembre			4. Día del programa: <input type="checkbox"/> Día completo <input type="checkbox"/> Día parcial		
5. Capacidad: Número máximo de niños cuidados entre las 5:00 a.m. y las 9:00 p.m.		6. Capacidad de noche: Número máximo de niños cuidados entre las 9:00 p.m. y las 5:00 a.m.		7. Edades de los niños a cuidar: Menor edad: Mayor edad:	
8. Información de los cuidadores: Incluya asistentes, voluntarios suplentes y empleados que no residen en el hogar. Presente Background Information Disclosure (BID) (el formulario de Revelación de información de antecedentes (BID)) e información de capacitación de cada persona indicada abajo. Adjunte una hoja separada si es necesario.					
a. Nombre			Cargo		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Fecha inicial del empleo (mm/dd/aaaa)		Fecha de capacitación en Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS) / Síndrome del Niños Sacudido (SBS)	
b. Nombre			Cargo		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Fecha inicial del empleo (mm/dd/aaaa)		Fecha de capacitación en Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS) / Síndrome del Niños Sacudido (SBS)	
c. Nombre			Cargo		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Fecha inicial del empleo (mm/dd/aaaa)		Fecha de capacitación en Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS) / Síndrome del Niños Sacudido (SBS)	
d. Nombre			Cargo		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Fecha inicial del empleo (mm/dd/aaaa)		Fecha de capacitación en Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS) / Síndrome del Niños Sacudido (SBS)	
e. Nombre			Cargo		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Fecha inicial del empleo (mm/dd/aaaa)		Fecha de capacitación en Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS) / Síndrome del Niños Sacudido (SBS)	
f. Nombre			Cargo		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Fecha inicial del empleo (mm/dd/aaaa)		Fecha de capacitación en Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS) / Síndrome del Niños Sacudido (SBS)	
9. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene personal de apoyo (por ej., cocineros, personal de mantenimiento, secretarias)? Si respondió "Sí", adjunte una lista que incluya nombre y cargo de cada persona y si tienen contacto con los niños que cuida.					
10. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Proporcionará el programa transporte a los niños que cuida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se proporcionará el transporte en vehículos del programa o en vehículos del proveedor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Entrará el programa en un contrato con una compañía u otro organismo para proporcionar transporte?					
C. INSTALACIONES MATERIALES Y ENTORNO					
1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alquila la propiedad en donde se proporcionará el cuidado? Si respondió "Sí", debe presentar el formulario Landlord Permission to Operate a Certified Child Care Business (Permiso del arrendador para operar una guardería de niños certificada) (DCF-F-DWSW13260).					
Nombre del arrendador			Teléfono del arrendador		

2. ¿Proviene el agua de su guardería de agua pública o de un pozo privado?

Si es de un pozo privado, presente una copia de los resultados del análisis anual del agua. El agua deberá ser analizada por un laboratorio certificado bajo 42 CFR 493 (CLIA) antes de la certificación inicial y al menos cada 2 años siguientes, y se deberá determinar que es bacteriológicamente segura y que contiene niveles de nitratos seguros.

Fecha del último análisis: _____
(mm/dd/aaaa)

3. Sí No ¿Hay mascotas en el hogar? Si respondió "Sí", presente pruebas actuales para rabia de gatos, perros y hurones.

4. Residentes de **11 años de edad y menores**: Liste a todos los niños de 11 años de edad y menores que viven en el hogar (hijos naturales, adoptados, de crianza o que residen en el hogar). De ser necesario adjunte hojas adicionales.

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre)	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		

5. Residentes de **12 años de edad y mayores**: Liste a todos los adultos y niños de 12 años de edad y mayores que viven en el hogar. Incluya el cargo si la persona trabaja como ayudante, voluntario o suplente en el programa de cuidado de niños. De ser necesario adjunte hojas adicionales. **Presente Background Information Disclosure (BID) (el formulario de Revelación de información de antecedentes (BID)) de cada persona indicada abajo.**

a.	Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene contacto con los niños que cuida?
	Nombres anteriores (por ej., nombre de soltera)	Relación con el solicitante (por ej., esposo, hijo) / Cargo	
b.	Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene contacto con los niños que cuida?
	Nombres anteriores (por ejemplo, nombre de soltera)	Relación con el solicitante (por ej., esposo, hijo) / Cargo	
c.	Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene contacto con los niños que cuida?
	Nombres anteriores (por ejemplo, nombre de soltera)	Relación con el solicitante (por ej., esposo, hijo) / Cargo	
d.	Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene contacto con los niños que cuida?
	Nombres anteriores (por ejemplo, nombre de soltera)	Relación con el solicitante (por ej., esposo, hijo) / Cargo	
e.	Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene contacto con los niños que cuida?
	Nombres anteriores (por ejemplo, nombre de soltera)	Relación con el solicitante (por ej., esposo, hijo) / Cargo	
f.	Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene contacto con los niños que cuida?
	Nombres anteriores (por ejemplo, nombre de soltera)	Relación con el solicitante (por ej., esposo, hijo) / Cargo	

D. AUTORIZACIÓN

Autorizo a Department of Children and Families (el Departamento de Niños y Familias) y/o al organismo de certificación, a que solicite y reciba la información que sea adecuada y necesaria para administrar la certificación de programas de cuidado de niños. Las fuentes de información pueden incluir, pero no se limitan, a Department of Corrections (el Departamento de Corrección de Menores), Department of Justice (el Departamento de Justicia), Division of Unemployment Insurance (la División de Seguro de Desempleo), Department of Regulation and Licensing (el Departamento de Regulaciones y Licencias), Internal Revenue Service (el Servicio de Recaudación de Impuestos), Department of Revenue (el Departamento de Impuestos), Department of Transportation (el Departamento de Transporte), Wisconsin Technical College System (el Sistema de Colegios Técnicos de Wisconsin) y cualquier otra institución educativa, departamento de servicios sociales o humanos del condado, organismos del orden público o empleador actual o pasado. La información personal de identificación recabada en este formulario se puede usar, en parte, para verificarla por computadora con los departamentos, los organismos y los empleadores arriba identificados.

Reconozco que he recibido las reglas para la certificación del cuidado familiar de niños, DCF 202, Wis. Admin. Code (Código Administrativo de Wisconsin), incluidas las normas y la lista de control para el cuidado de niños familiar / en el hogar, y acepto la responsabilidad legal de cumplir con todas las reglas administrativas según las promulga el departamento bajo la autoridad de s. 48.651, Wis. Stats. Al firmar, expreso my deseo de proporcionar información al organismo que otorga la certificación y/o a or Department of Children and Families (el Departamento de Niños y Familias) para verificar si se satisfacen o no los requisitos para la certificación y autorizo al organismo o departamento que otorga la certificación a que lleve a cabo tal investigación según sea necesario para verificar estos factores, incluido el acceso a los locales, en cualquier momento durante el horario de operación.

Afirmo que, en mi opinión, todas las declaraciones hechas en esta solicitud y en todos los anexos son verdaderas y correctas. Entiendo que la no presentación de información correcta o veraz, o la omisión de información es fundamento para la negación, revocación o penalización bajo la autoridad de los estatutos aplicables y/o códigos administrativos. Las declaraciones verosímiles hechas al organismo y/o departamento que otorga la certificación que contradigan la información que yo proporcione por escrito en mi atestación también pueden ser fundamento para que se niegue, revoque o penalice mi certificación.

Cumpliré con todas las leyes, reglas y reglamentos. Entiendo y acuerdo que soy responsable de asegurar que cualquier persona que esté empleada o tenga alguna función en la operación de mi programa de cuidado de niños cumplirá con todas las leyes y regulaciones pertinentes a los programas de cuidado de niños, incluido ch. 48 Children's Code y s. 49. 155 Wisconsin Shares: Child Care Subsidy of the Wisconsin Statutes, chs. DCF 202 Child Care Certification 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 of the Federal Regulations of the U.S. Department of Agriculture. También entiendo y acuerdo que se me puede responsabilizar legalmente por cualquier acción u omisión de cualquier persona que esté empleada en mi programa de cuidado de niños o que tenga cualquier función en la operación de mi programa de cuidado de niños. Entiendo y acuerdo que la falta de cumplimiento puede resultar en que se ejecute una acción, entre ellas la revocación, la negación o la evaluación de pérdida de derechos.

Nombre del solicitante (Escriba a máquina o en letra de molde)

Cargo (Escriba a máquina o en letra de molde)

FIRMA – Solicitante

Fecha de la firma
(mm/dd/aaaa)