

Registro del personal– Centros de cuidado infantil
STAFF RECORD – CHILD CARE CENTERS

Uso del formulario: El uso de este formulario es **obligatorio para que los centros de cuidado infantil y familiar** cumplan con la norma DCF 250.05(2) de los Wisconsin Administrative Codes. En caso de no cumplir con este requisito, podría emitirse una declaración de incumplimiento. El uso de este formulario es **voluntario para los centros de cuidado infantil grupal y los campamentos de día**; no obstante, completar este formulario garantiza el cumplimiento de las normas DCF 251.05(2)(a) y DCF 252.42(1). La información que permita la identificación personal obtenida en este formulario solo se usará para verificar el cumplimiento de las normas de licencia.

Instrucciones para el empleado: El miembro del personal/empleado deberá completar y firmar la Sección A y adjuntar toda la documentación necesaria (transcripciones, certificados, credenciales o certificados del registro).

Instrucciones para el empleador: Al momento de la contratación, el licenciario deberá ingresar el puesto, la fecha de inicio de trabajo y las responsabilidades del empleado en la Sección B. El formulario completo y la documentación de respaldo deben colocarse en el archivo del personal. Si ocurren cambios en el puesto de trabajo (ascensos o pérdida del puesto), el licenciario debe registrar tal cambio en la Sección B.

SECCIÓN A: EMPLEADO (Debe completarla el miembro del personal/empleado)

I. Información de contacto

Nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)		Número de teléfono (fijo o móvil)
Contacto(s) de emergencia		
Nombre	Domicilio	Número de teléfono
a.		
b.		

II. Educación (adjuntar la prueba de calificación para el puesto)

Sí No Secundaria completa Si la respuesta es "Sí", fecha de graduación: _____ Nombre de la escuela secundaria: _____

Sí No GED Si la respuesta es "Sí", fecha de graduación: _____ Nombre de la agencia emisora: _____

Calificaciones para el ingreso (adjuntar páginas extra si es necesario)

Nombre (educación posterior al secundario, preuniversitario,	Fecha de inicio y fin	Título	Carrera, diplomatura, credencial
a.			
b.			
c.			

Capacitación adicional sobre infancia temprana (adjuntar páginas extra si es necesario)

Títulos de los cursos	Nombre del patrocinador/docente	Fecha de finalización del	Cantidad de
a.			
b.			
c.			

III. Experiencia laboral en infancia temprana (empezar por el empleador más reciente)

a. Nombre del empleador	Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono
Puesto	Responsabilidades del puesto	
Cant. de días trabajados por semana	Razón del fin del empleo	Fechas de empleo (mm/dd/aaaa)

III. Experiencia laboral en infancia temprana (continuación)

b. Nombre del empleador		Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono
Puesto		Responsabilidades del puesto	
Cant. de días trabajados por semana	Razón del fin del empleo		Fechas de empleo (mm/dd/aaaa)
c. Nombre del empleador		Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono
Puesto		Responsabilidades del puesto	
Cant. de días trabajados por semana	Razón del fin del empleo		Fechas de empleo (mm/dd/aaaa)

IV. Declaración

Sí No ¿Alguna vez le han revocado o denegado una licencia o certificación de cuidado infantil? Si la respuesta es "Sí", informe la fecha, el nombre y el número de teléfono de la agencia emisora de la licencia o certificación.

Doy fe de que la información que antecede es completa y precisa a mi leal saber y entender.

FIRMA – Miembro del personal

Fecha de firma

SECCIÓN B: EMPLEADOR

(debe completarla el licenciatario) **Nota:** La aprobación de elegibilidad preliminar con averiguación de antecedentes de DCF debe estar archivada antes de que los empleados comiencen a trabajar bajo supervisión. Los licenciatarios no podrán contratar empleados cuya licencia de cuidado infantil haya sido revocada o negada en los 2 años previos.

I. Información del puesto a cubrir

Nombre del puesto a cubrir	Fecha de inicio de empleo (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona cuidará a lactantes y niños menores de tres años?	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona transportará a los niños bajo su cuidado?	<input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona se contará en la relación entre personal y niños?	

II. Cambios en el puesto (de tiempo parcial a completo, ascensos, etc.)

a. Cambio en el puesto	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)	Fecha de entrada en vigencia
b. Cambio en el puesto	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)	Fecha de entrada en vigencia
c. Cambio en el puesto	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)	Fecha de entrada en vigencia
d. Cambio en el puesto	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)	Fecha de entrada en vigencia