

**Miembros de la vivienda y cuidadores menores - Cuidado infantil familiar con licencia, cuidado infantil grupal con licencia y campamento de día con licencia**

HOUSEHOLD MEMBERS AND MINOR CAREGIVERS – LICENSED CHILD CARE CENTERS AND DAY CAMPS

**Uso del formulario:** Es obligatorio completar este formulario. Si no se cumple con la ley de verificación de antecedentes del cuidador, se puede provocar la emisión de declaraciones de incumplimiento o aplicación de la ley como órdenes, confiscaciones o revocaciones de su licencia. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** Cuando el departamento lo solicite, complete este formulario y entregue junto con él un formulario BID completo y firmado para cada persona enumerada en las Secciones B, C y D. Si no hay espacio suficiente en la tabla de abajo para enumerar a todas las personas obligatorias, continúe en el reverso de este formulario. **No envíe el pago en este momento;** se le facturará según corresponda. Devuelva el formulario completo y BIDs a:

DIVISION OF EARLY CARE AND EDUCATION  
CAREGIVER BACKGROUND UNIT, ROOM E200  
PO BOX 8916  
MADISON WI 53708-8916  
FAX: 608-267-2200

**A. INFORMACIÓN DE LA INSTALACIÓN**

1. Nombre – Instalación	
2. I.D. de la instalación Número (ubicado en el margen superior derecho del certificado de licencia)	Teléfono – Establecimiento

**B. INFORMACIÓN DEL LICENCIATARIO**

1. Nombre – Institución con responsabilidad legal, Iglesia, Asociación, Sociedad Anónima, Tribu, LLC	
2. Nombre – Persona con responsabilidad legal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

**C. TODAS LAS PERSONAS de 12 años o más que viven / residen en el predio del centro.** Nota: Para los centros ubicados en dúplex o unidades multifamiliares, presente BIDS sólo para las personas que viven en la unidad que contiene el centro de cuidado infantil. Si necesita ayuda para determinar si alguien es o no un "miembro de la vivienda," comuníquese con nuestro especialista en licenciamiento o con Caregiver Background Unit al 608-266-8001.  
Marque la casilla si no es ninguno

Nombre – Persona	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
6. _____	
7. _____	
8. _____	

**D. TODOS LOS EMPLEADOS CUIDADORES MENORES de menos de 18 años de edad que trabajen en el centro**

Nombre – Cuidador menor	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
1. _____	
2. _____	

**E. TESTIMONIO**

Entiendo bajo penalidad de la ley que la información proporcionada arriba es verdadera y precisa a mi leal saber y entender y que proporcionar información falsa u omitir información a sabiendas puede resultar en la emisión de declaraciones de incumplimiento o aplicación de órdenes, confiscaciones o revocación de mi licencia.

\_\_\_\_\_  
FIRMA – Licenciatarario

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma