

Recibo de Remoción de Registros – Centros de Cuidado Infantil
REMOVAL OF RECORDS RECEIPT – CHILD CARE CENTERS

Uso del formulario: Según la autoridad de s. 48.66(1)(a), Wis. Stats., y DCF 201, 202, 250, 251, y 252 Wis. Admin. Codes, la agencia administrativa de cuidado infantil removerá los registros originales a los fines de revisión administrativa y / o auditoría.

Instrucciones: El empleado de la agencia que remueva los registros originales **completará el formulario, lo firmará y le colocará fecha** y obtendrá una firma del proveedor con licencia o certificado. La copia original del formulario será conservada por el proveedor con licencia o certificado quien debe guardarla como prueba de que el establecimiento / proveedor no está incumpliendo las normas de conservación de registros.

INFORMACIÓN DEL LICENCIATARIO / PROVEEDOR

ID del Establecimiento / Número de Proveedor	Nombre – Establecimiento / Negocio
Nombre – Licenciario / Proveedor	Dirección - Establecimiento / Instalación (Calle, ciudad, estado, código postal)

INFORMACIÓN DE LOS REGISTROS

Rango de fechas de los registros solicitados

Tipo de registros originales removidos:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de asistencia | <input type="checkbox"/> Registros de los niños | <input type="checkbox"/> Registros del personal |
| <input type="checkbox"/> Registros de asistencia en las aulas | <input type="checkbox"/> Registros computarizados | <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Registros de transporte (si se marca, vea abajo). | | |
| <input type="checkbox"/> Este establecimiento no está aprobado para proporcionar transporte. | | |
| <input type="checkbox"/> Este establecimiento está aprobado para proporcionar transporte pero <u>no</u> factura al programa Wisconsin Shares por proporcionar cuidado a los niños mientras son transportados desde y hacia el establecimiento. | | |
| <input type="checkbox"/> Este establecimiento está aprobado para proporcionar transporte y factura al programa Wisconsin Shares por proporcionar cuidado a los niños mientras son transportados desde y hacia el establecimiento. | | |

Fechas o rangos de fechas de los registros removidos	Fechas o rangos de fechas de registros que faltan en los legajos
--	--

Cantidad de páginas recolectadas:

Otra información (si se requiere)

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA ADMINISTRATIVA

Nombre – Agencia	Nombre – Empleado de la Agencia
Dirección - Agencia (Calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono – Agencia

TESTIMONIO

A. Licenciario / Proveedor

- Sí N/A Reconozco que debido a que no puedo proporcionar los registros faltantes en este momento, que aunque los registros faltantes se presenten con posterioridad, la agencia puede no considerar los registros presentados como legítimos.
- Sí N/A Excepto en los casos en que se indica arriba, confirmo que los registros que estoy proporcionando son todos los registros utilizados para apoyar la facturación al Programa de Subsidios Wisconsin Shares.
- Certifico que la información que figura en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender.

Nombre – Licenciario / Proveedor (EN LETRA DE MOLDE)	Cargo – Licenciario / Proveedor
FIRMA – Licenciario / Proveedor	Fecha y hora de la firma

B. Agencia administrativa

En cumplimiento con las leyes y códigos administrativos de Wisconsin, el proveedor de cuidado infantil ha proporcionado voluntariamente a esta agencia los registros indicados arriba.

Nombre – Empleado de la agencia (EN LETRA DE MOLDE)	Cargo – Empleado de la Agencia
FIRMA – Empleado de la agencia	Fecha y hora de la firma