

Solicitud de Certificación - Programas de Cuidado Infantil Familiar y en la Casa

CERTIFICATION APPLICATION – FAMILY AND IN-HOME CHILD CARE PROGRAMS

Uso del formulario: Completar este formulario es obligatorio para cumplir con los requisitos establecidos en DCF 202.04(3), Wisconsin Administrative Code. Una solicitud es recibida oficialmente por la agencia certificante sólo si está totalmente completa, firmada, con fecha y si se presenta con toda la documentación obligatoria. La proporción de su social security number (SSN) o federal employee identification number (FEIN) i es obligatoria según la política de DCF. Su solicitud no se procesará si no proporciona su SSN o FEIN. Department es legalmente responsable de proteger la confidencialidad de la información que lo identifique personalmente. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. Si no presenta una solicitud completa, su solicitud será cerrada.

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 cual espera abrir su programa. La solicitud completa debe ser presentada a la agencia correspondiente.

- Nueva solicitud Reubicación de hogar certificado existente
 Solicitud de renovación

Fecha propuesta de apertura: _____

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Nombre – Solicitante (persona con responsabilidad legal)	Fecha de nacimiento – Solicitante
Social Security Number (SSN) – el número usado para fines tributarios. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene un SSN? Si la respuesta es "Sí", proporcione el número.	
Federal Employer Identification Number (FEIN) – el número usado para fines tributarios. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene un FEIN? Si la respuesta es "Sí", proporcione el número.	
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro:	¿Se 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"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido	
Domicilio particular – Solicitante	Teléfono particular – Solicitante
Dirección postal – Solicitante (si es diferente del domicilio particular)	Teléfono celular – Solicitante
Dirección de correo electrónico – Solicitante	

2. Sí No ¿El solicitante tiene otro tipo de licencia, certificación o regulación? Si la respuesta es "Sí", marque todos los que correspondan.

Adult Family Home Licensed Child Care Center
 Foster Home (niños) Otro – especificar: _____

NOTA: Si tiene una licencia o certificado vigente para cuidar niños o adultos (por ej., foster care, licensed child care), se debe presentar el formulario Regulatory Agency Approval / Acknowledgement to Operate Child Care Business DCF-F-DWSW13259 .

3. Referencias. Verifique con la agencia certificante si necesita referencias. De ser requerido, adjunte una lista de tres personas, que no sean familiares suyos, que lo conozcan y conozcan su capacidad de cuidar niños. De ser posible, enumere las personas que han observado su interacción con niños y que han estado en su casa. Es preferible alguien que haya contratado sus servicios como proveedor de cuidado infantil. Incluya el nombre completo, dirección y teléfono de cada persona. Nota: NO se aceptan las casillas de correo (PO Box).

Nombre - (Nombre, apellido)	Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono
a.		
b.		
c.		

B. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1. Se proporcionará cuidado en: (marque uno) <input type="checkbox"/> La casa del niño <input type="checkbox"/> La casa del proveedor	Teléfono – Donde se cuidará al niño
Dirección física – donde se cuidará al niño (Calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono celular – Donde se cuidará al niño
Dirección postal – Donde se cuidará al niño (si es diferente de la dirección física)	Condado – Donde se cuidará al niño

2. Horas y días de operación:							
	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
a. Hora de inicio:							
b. Hora de fin:							
c. Hora de inicio:							
d. Hora de fin:							

3. Meses de Operación:						4. Día del Programa	
<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"/> Jornada completa	
<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Junio	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Octubre	<input type="checkbox"/> Diciembre	<input type="checkbox"/> Jornada parcial	

5. Capacidad: _____ 6. Edades de los niños a los que se cuidará

Edad más joven: _____ Edad más grande: _____

7. Información del cuidador. Incluya los asistentes, suplentes voluntarios y empleados que **no residen** en la casa. **Presente el formulario Background Information Disclosure (BID) e información de capacitación para cada persona enumerada a continuación.** Adjunte una hoja más si es necesario.

a. Nombre		Cargo:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Fecha de empleo inicial (mm/dd/aaaa)	Fecha de capacitación en SIDS / SBS	
b. Nombre		Cargo:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Fecha de empleo inicial (mm/dd/aaaa)	Fecha de capacitación en SIDS / SBS	
c. Nombre		Cargo:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Fecha de empleo inicial (mm/dd/aaaa)	Fecha de capacitación en SIDS / SBS	

8. Sí No ¿Tiene personal de apoyo (por ejemplo, cocineros, personal de mantenimiento, secretarias)? Si la respuesta es "Sí," adjunte una lista que incluya el nombre y cargo de cada persona y si tienen contacto con los niños a los que se cuida.

9. Sí No ¿El programa proporcionará transporte a los niños a los que se cuida?
 Sí No ¿El transporte se proporcionará mediante vehículos de propiedad del programa o de propiedad del proveedor?
 Sí No ¿El programa celebrará un contrato con una compañía u otra agencia para proporcionar transporte?

10. Sí No Inseguro ¿Actualmente recibe o desearía calificar para recibir el reembolso de Wisconsin Shares?

C. ENTORNO E INFRAESTRUCTURA

1. Sí No ¿Usted alquila el inmueble en el que se cuidará a los niños? Si la respuesta es "Sí", se debe presentar el formulario Landlord Permission to Operate a Certified Child Care Business (DCF-F-DWSW13260).

Nombre – Propietario	Teléfono – Propietario
----------------------	------------------------

2. ¿Su fuente de agua es agua pública o pozo privado? Fecha de la última prueba: _____
 Si es un pozo privado, presente una copia de los resultados del análisis de agua. El agua debe ser analizada y un laboratorio certificado en virtud de 42 CFR 493 (CLIA) debe determinar que es segura desde el punto de vista bacteriano y que tiene niveles de nitrato seguros antes de la certificación inicial y al menos cada dos años todos los años siguientes. (mm/dd/aaaa)

3. Sí No ¿Hay mascotas en la casa? Si la respuesta es "Sí", presente las análisis vigentes contra la rabia para gatos, perros y hurones.

4. Residentes de **11 años y menos**: Enumere todos los niños de 11 y menos que viven en la casa (biológicos, adoptivos, sustitutos o residenciales). Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

Nombre – (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento
a.		
b.		
c.		

5. Residentes de **12 años y más**: Enumere todos los adultos y niños de 12 años y más que vivan en la casa. Incluya el cargo si el miembro de la vivienda trabaja como ayudante, voluntario o suplente en el programa de cuidado infantil. Adjunte páginas adicionales de ser necesario. **Presente un formulario Background Information Disclosure (BID) para cada persona enumerada abajo.**

a. Nombre – (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene contacto con los niños a los que se cuida?
Nombres previos (por ejemplo, nombre de soltera)	Relación con el solicitante (por ej., esposo, hijo) / Cargo	
b. Nombre – (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene contacto con los niños a los que se cuida?
Nombres previos (por ejemplo, nombre de soltera)	Relación con el solicitante (por ej., esposo, hijo) / Cargo	
c. Nombre – (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene contacto con los niños a los que se cuida?
Nombres previos (por ejemplo, nombre de soltera)	Relación con el solicitante (por ej., esposo, hijo) / Cargo	

D. AUTORIZACIÓN

Autorizo a Department of Children and Families y / o a la agencia certificante a solicitar y recibir toda información que sea adecuada y necesaria para la administración de la certificación de programas de cuidado infantil. Las fuentes de información pueden incluir, pero no taxativamente, 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, departamento del condado de servicios sociales / humanos, agencias del orden público o un empleador actual o anterior. La información que identifique a la persona que se recopile en este formulario puede ser usada, en parte, a través de programas de comparación informática para verificar la información con los departamentos, agencias y empleadores identificados arriba.

Reconozco haber recibido las reglas para la certificación del cuidado infantil familiar, DCF 202, Wis. Admin. Code, incluidas las normas y las listas de verificación para los programas de cuidado infantil familiar/en la casa certificados y acepto la responsabilidad legal de cumplir con todas las normas administrativas según son promulgadas por department en virtud de la autoridad de s. 48.651, Wis. Stats. Al firmar este formulario, expreso mi voluntad de proporcionar a la agencia certificante y / a Department of Children and Families información para verificar si se cumple o no con los requisitos para la certificación y autorizo también a la agencia certificante o a department a realizar la investigación que sea necesaria para la verificación de estos factores, incluido el acceso al predio en cualquier momento durante las horas de funcionamiento.

Afirmo que todas las declaraciones hechas en esta solicitud y todo adjunto es verdadero y correcto a mi leal saber y entender. Entiendo que no presentar información correcta o verdadera u omitirla constituye un fundamento para la denegación, revocación u otras sanciones en virtud de la autoridad de los statutes o de los administrative codes aplicables. Las declaraciones creíbles realizadas a la agencia certificante y / o a department que contradigan la información que proporciono en virtud de mi testimonio escrito también pueden ser fundamentos para la denegación, revocación u otra sanción de certificación.

Cumpliré con todas las leyes, normas y reglamentaciones. Entiendo y acepto que soy responsable de asegurarme de que toda persona que sea empleada o que desempeñe cualquier rol en la operación de mi programa de cuidado infantil cumplirá con todas las leyes y reglamentaciones relacionadas con los programas de cuidado infantil incluidos 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 del Federal Regulations of the U.S. Department of Agriculture. También entiendo y acepto que puedo ser considerado legalmente responsable por toda acción u omisión de cualquier persona que esté empleada en mi programa de cuidado infantil o que desempeñe un rol en la operación de mi programa de cuidado infantil. Entiendo y acepto que mi incumplimiento puede resultar en una sanción incluida la revocación, denegación o la imposición de confiscación.

Nombre – Solicitante (Escriba en letra imprenta o a máquina)

Cargo (Escriba en letra imprenta / a máquina)

FIRMA – Solicitante

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)