

Convertirse en Proveedor – Enviando su Solicitud Inicial

BECOMING A PROVIDER - SUBMITTING YOUR INITIAL APPLICATION

Abril 2025



Wisconsin Department of
Children and Families

El Department of Children and Families es un empleador y proveedor de servicios que ofrece igualdad de oportunidades. Si tiene alguna discapacidad y necesita acceder a servicios, recibir información en un formato alternativo o necesita que le traduzcan la información a otro idioma, comuníquese con el Division of Early Care and Education (Sección del cuidado y educación temprana) al 608-422-6002. Las personas sordas, con dificultades auditivas, sordo-ciegas o con discapacidad del habla pueden utilizar el Wisconsin Relay Service (WRS) – llame al 711 para comunicarse con el departamento.

Índice

Su solicitud inicial	4
Introducción al portal de proveedores de cuidado infantil.....	5
Estructura de la solicitud	6
Comenzando su solicitud inicial	11
Solicitante.....	15
Ubicación	19
Individuos	32
Características del programa	44
Revisar y enviar	53
Retirar la solicitud	61
Información Adicional	63

Su solicitud inicial de licencia/certificación

El proceso de solicitud en línea le facilita aplicar. El proceso es más eficiente, lo que facilita ayudarle a configurar tu servicio de cuidado infantil regulado.

Después de haber completado **su expresión de interés (EOI)** y la **orientación pre-licencia o certificación**, el siguiente paso es enviar una **solicitud inicial**. Utilice nuestro sistema conveniente de solicitud en línea dentro **del Portal de proveedores de cuidado infantil (CCPP)**. El portal simplifica el proceso de solicitud inicial y le proporciona actualizaciones de estado en tiempo real. Esto acelerará el tiempo que lleva **completar su solicitud inicial**.

The screenshot displays the 'Child Care Provider Portal' interface. At the top, a blue header bar contains the text 'Child Care Provider Portal' and 'Bienvenido, Cindy'. On the right side of the header, there is a logo with a stylized sun and hands. Below the header, the user's name 'Cindy C-Care' and address '1902 Basket Ln, Madison, WI 53705' are listed on the left, and a 'Cerrar sesión' button with session details is on the right. The main content area is titled 'Panel de control de solicitud' and features a 'Continuar Detalles del negocio' button. Below this is a 'Detalles de la solicitud' section with a table showing application details. A row of five buttons follows: 'Solitante', 'Instalación', 'Individuales', 'Características del programa', and 'Revisar y enviar'. A 'Solicitudes' section with a left arrow and a home icon is positioned below the buttons. The footer contains various links like 'Aprender sobre DCF', 'Juntas públicas', 'Profesiones', 'Solicitar registros', 'Contáctenos', 'Reportar el abuso infantil', 'Reportar fraude', 'Wisconsin.gov', 'Prensa', 'View in English', and 'Update SPA CWA Privileges'. The Wisconsin Department of Children and Families logo and social media icons are at the bottom right.

Detalles de la solicitud	
Tipo de cuidado regulado	Grupo Con Licencia
Modo de aplicación	Inicial
Fecha de entrada de la solicitud	03/07/2025
Estado de la aplicación	Solicitud en curso

Introducción al portal de proveedores de cuidado infantil

El [Child Care Provider Portal \(Portal para proveedores de cuidado infantil, CCPP\)](#) es un sitio web seguro, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en el que los proveedores de cuidado infantil regulados de Wisconsin pueden administrar su negocio de cuidado infantil.

Aquí es donde envió su **expresión de Interés (EOI)** y ahora creará su **solicitud Inicial** para convertirse en un proveedor de cuidado infantil regulado.



The screenshot shows the 'Child Care Provider Portal' login interface. At the top, there's a blue header with the portal name and a logo. Below the header, the main section is titled 'Iniciar sesión'. It contains two input fields for 'ID de usuario' and 'Contraseña', followed by a blue 'Iniciar sesión' button. To the right of the button is a link that says '...Mostrar opciones'. Below the login fields, there are several lines of text: 'Solicitar acceso, restablecer contraseña y actualizar su perfil de usuario en [Iniciar sesión en el portal de proveedores](#).', 'Para obtener información adicional, visite página web [DCF "Información del portal"](#).', and 'Si desea trabajar para un programa de cuidado infantil ya regulado y necesita una verificación de antecedentes, diríjase a [iChildCare](#)'. Below this text is a blue button labeled 'Expresión de interés'. At the bottom of the page, there is a navigation bar with links: 'Aprender sobre DCF', 'Juntas públicas', 'Profesiones', 'Solicitar registros', 'Contáctenos', 'Wisconsin.gov', 'Prensa', 'Reportar el abuso infantil', and 'Reportar fraude'. A 'View in English' link is also present at the bottom left.

Nota: La información en el **Child Care Provider Portal (Portal para proveedores de cuidado infantil)** del DCF es **confidencial** y las personas que utilicen este sistema **deben cumplir las pautas de confidencialidad**.

A continuación, están **las pautas de confidencialidad que todos los usuarios registrados deben cumplir**:

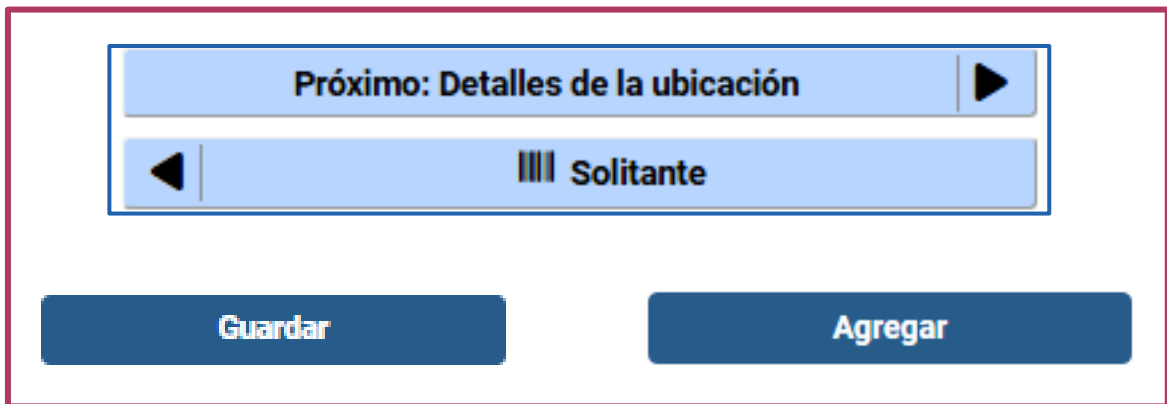
1. Solo quienes tengan identificación de usuario y acceso de seguridad al CCPP pueden ver la información que aparece en el CCPP. Cada persona autorizada a usar el CCPP debe tener **su propia identificación de usuario**.
2. Los usuarios registrados **no deben compartir su identificación de usuario/contraseña**. Recuerde que usted es responsable de mantener la **seguridad de su identificación de usuario y contraseña**.



Estructura de la solicitud

Moviéndose a través de la solicitud

Siga el proceso ordenado de la solicitud y complétela paso a paso. Para hacerlo, use los botones de flecha **próximo**, junto con los botones **guardar** y **agregar** para continuar con el siguiente paso.



más

Detalles/Datos

El botón **más** muestra opciones adicionales para la sección en la que se encuentra.

Detalles muestra la información que ha ingresado y permite la opción de ajuste.

Cargar

Vista

Modificar

Utilice **cargar** para colocar documentos en su aplicación

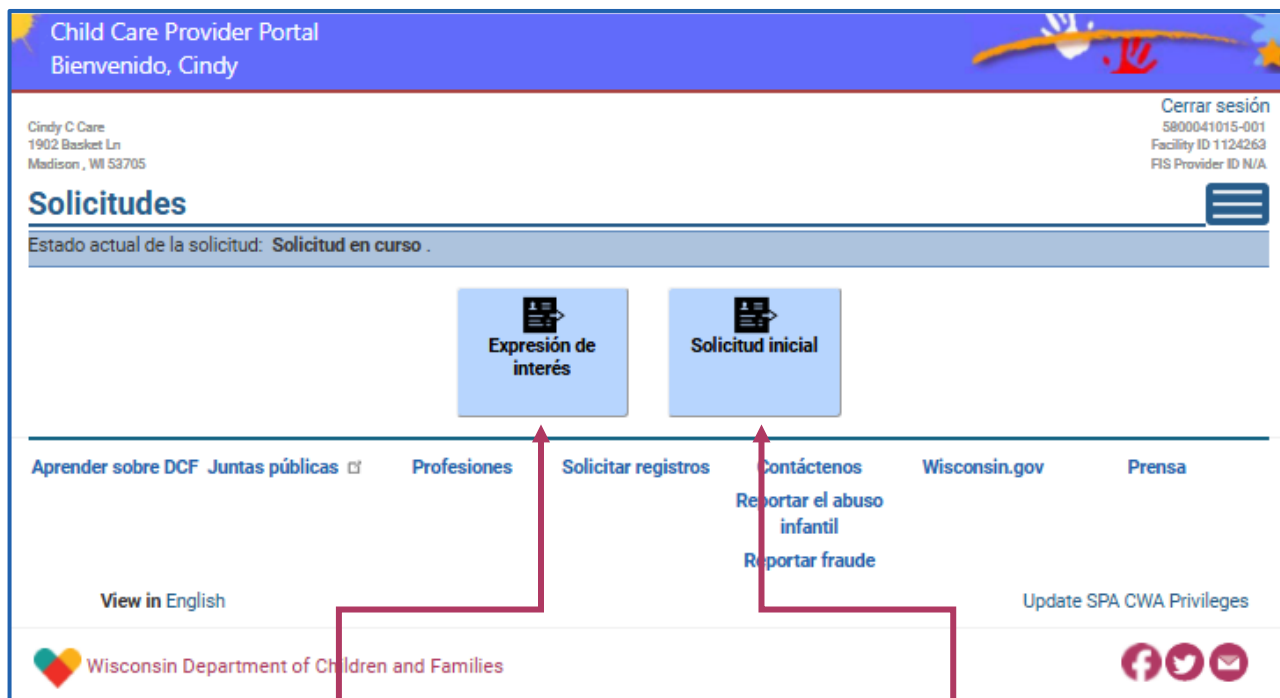
El botón **vista** le permite revisar los documentos que ha agregado.

Modificar está disponible mientras revisa su solicitud para ajustar la información que ha ingresado.

La vista del portal después de comenzar la solicitud

Después de comenzar su solicitud inicial, la página de inicio del portal cambia mostrando el **estado actual de su solicitud**.

Ese estado será **Solicitud en Curso**.



Todos los materiales de **EOI** ahora se combinan en un solo botón de clic/toque.

Aparecerá un nuevo botón de clic/toque para su **solicitud inicial**.

Regresando después de cerrar sesión

Al seleccionar **solicitud inicial** se abrirá **panel de control de solicitud**. Esta página divide cada segmento de la solicitud inicial que debe completar.

En la parte superior, hay un enlace de flecha para la fase en la que estaba trabajando o la siguiente en la fila. También hay botones para cada una de las cinco partes del proceso de solicitud.

The screenshot shows the 'Child Care Provider Portal' interface. At the top, a blue header bar contains the text 'Child Care Provider Portal' and 'Bienvenido, Cindy'. On the right side of the header is a 'Cerrar sesión' (Log out) link with associated IDs. Below the header, the user's address is listed on the left, and the 'Panel de control de solicitud' (Request Control Panel) title is centered. A navigation bar below the title features a 'Continuar Detalles del negocio' button with a right-pointing arrow. The main content area is titled 'Detalles de la solicitud' and displays a table of application details. Below this is a row of five blue buttons: 'Solitante', 'Instalación', 'Individuales', 'Características del programa', and 'Revisar y enviar'. A 'Solicitudes' (Requests) button with a left-pointing arrow is positioned below these. The footer contains various links like 'Aprender sobre DCF', 'Profesiones', and 'Reportar el abuso infantil', along with a 'View in English' link and social media icons.

Detalles de la solicitud	
Tipo de cuidado regulado	Grupo Con Licencia
Modo de aplicación	Inicial
Fecha de entrada de la solicitud	03/07/2025
Estado de la aplicación	Solicitud en curso

Solitante

Instalación

Individuales

Características del programa

Revisar y enviar

Solicitudes

Recuerde: completa la solicitud inicial en orden, usando los botones próximo, guardar y agregar para pasar a la siguiente sección.

Botón de sección de aplicación inicial

Un **menú sándwich** en la parte superior derecha de la página permite a los usuarios acceder a diferentes partes de la aplicación, si es necesario.



Aparecerá una **marca de verificación** junto a una selección cuando se **ingresen cambios**. Sin embargo, eso no significa que esa área esté **completa**.



Comenzando su solicitud inicial en el portal

Comenzando una etapa inicial de solicitud

Con su **expresión de interés (EOI)** enviada y una **pre-licencia u orientación completa**, está listo para comenzar una **solicitud inicial**.

- El estado final de EOI para un posible proveedor de cuidado infantil con licencia es **pre-licencia completa**.

Declaración de interés Casa (EOI)

El estado actual es el siguiente: **Etapa previa a la obtención de la licencia: completada**

La solicitud inicial es el siguiente paso para obtener la regulación. Seleccione **Iniciar solicitud** para continuar con el proceso.

Resumen de la Solicitud

Enviar solicitud

Retirar la solicitud de EOI

Contactos

Iniciar solicitud **Solicitar ahora**

Aprender sobre DCF Juntas públicas

Profesiones

Solicitar registros

Contáctenos
Reportar el abuso infantil

Wisconsin.gov

Prensa

- Para un potencial proveedor de cuidado infantil certificado, ahora es **orientación completada**.

Declaración de interés Casa (EOI)

El estado actual es el siguiente: **Orientación completada**.

La solicitud inicial es el siguiente paso para obtener la regulación. Seleccione **Iniciar solicitud** para continuar con el proceso.

Resumen de la Solicitud

Enviar solicitud

Retirar la solicitud de EOI

Contactos

Iniciar solicitud **Solicitar ahora**

Aprender sobre DCF Juntas públicas

Profesiones

Solicitar registros

Contáctenos
Reportar el abuso infantil
Reportar fraude

Wisconsin.gov

Prensa

Seleccionando “iniciar solicitud”

Cuando regrese para ver su **estado actualizado de EOI**, aparecerá un nuevo botón de selección titulado **iniciar solicitud**. También hay un **enlace** con el mismo título. Cuando haga clic o toque cualquiera de estos, iniciará su **solicitud inicial** en el **portal**.

Child Care Provider Portal
Bienvenido, Cindy

Cindy C Care
1902 Basket Ln
Madison, WI 53705

Cerrar sesión
5800041015-001
Facility ID 1124263
FIS Provider ID N/A

Declaración de interés Casa (EOI)

El estado actual es el siguiente: **Etapa previa a la obtención de la licencia: completada**

La solicitud inicial es el siguiente paso para obtener la regulación. Seleccione **Iniciar solicitud** para continuar con el proceso.

Resumen de la Solicitud **Enviar solicitud** **Retirar la solicitud de EOI** **Contactos** **Iniciar solicitud** **Solicitar ahora**

Aprender sobre DCF Juntas públicas [Profesiones](#) [Solicitar registros](#) [Contáctenos](#) [Wisconsin.gov](#) [Prensa](#)

[Reportar el abuso infantil](#) [Reportar fraude](#)

[View in English](#) [Update SPA CWA Privileges](#)

Wisconsin Department of Children and Families

Comenzar la página de apertura de la solicitud

Después de seleccionar **iniciar solicitud**, se abrirá una nueva página.

Cindy C. Carr
1902 Basket Ln
Madison, WI 53705

SR00041015-001
Facility ID 1124263
FIS Provider ID N/A

Iniciar solicitud

Bienvenido a la solicitud en línea para **Grupo Con Licencia** programas de cuidado infantil.

Rellenar la solicitud en línea puede ser rápido y fácil cuando se está preparado:

- Le recomendamos encarecidamente que visite la página [Guía de solicitud en línea](#) para ayudarlo a preparar y reunir la información y los documentos necesarios.
- A lo largo de la solicitud, puede seleccionar este icono **i** para obtener información adicional y aclaraciones.
- Si no terminas la solicitud, puedes guardar su trabajo y continuar más tarde.

Su solicitud no estará completa hasta que se reciban las tasas. Puede pagar en línea durante el proceso de solicitud o enviar un cheque/giro postal a la agencia correspondiente.

Próximo

Página de inicio de expresión de interés

Aprender sobre DCF Juntas públicas **Profesiones** Solicitar registros Contáctenos Wisconsin.gov Prensa
Reportar el abuso

Esta página sólo aparece una vez. Le da la **bienvenida** a su **solicitud inicial** para convertirse en un proveedor de cuidado infantil regulado.

También te permite saber que:

- A lo largo de la aplicación verá **íconos de información**. **i** Utilícelos para obtener información y aclaraciones adicionales.
- Si necesita abandonar la solicitud, puede **guardar su trabajo** y volverá a la última página completa cuando regrese.
- Puede enviar su solicitud antes de pagar las tarifas, pero **no estará completa hasta que se reciban las tasas** (*las agencias de certificación fuera del condado de Milwaukee se comunicarán con usted para cobrar las tasas, si corresponde*).

Le **recomendamos que explore una guía de solicitud en línea** (página web). La guía ayuda a recopilar y preparar la información y los documentos necesarios para su solicitud inicial.

Para solicitantes certificados de cuidado infantil:

[Guía de solicitud en línea para la certificación de cuidado infantil familiar](#)

Para solicitantes de cuidado infantil con licencia:

[Guía de solicitud en línea para licencias de cuidado infantil para familias, grupos y campamentos de día](#)

Cuando avance por su aplicación inicial, trabaje en el orden de pasos previsto utilizando los botones **próximo**, **guardar** y **agregar** para pasar a la siguiente sección. Cuando esté listo para comenzar la aplicación, haga clic/toque **próximo**.



Solicitante

Modificar los detalles del solicitante

Después de seleccionar **próximo** en la página **iniciar solicitud**, se abre **modificar detalles del solicitante**. Esto trae información recopilada de su **EOI** y de la **pre-licencia** u **orientación**. Realice los ajustes necesarios a sus datos personales en esta página. Luego seleccione **guardar**.

Modificar detalles del solicitante

Detalles del solicitante

Nombre de pila	Cindy
Inicial del medio	
Apellido	Chicago
Nombre del sufijo	
Nombre del Negocio	<input type="text" value="Cindy C Care"/> ⓘ
Fecha de nacimiento	01/03/00
Número de la Seguro Social (NSS)	XXX-XX-0004 ⓘ
FEIN	<input type="text"/> ⓘ

Domicilio particular del solicitante

Número de calle	<input type="text" value="1902"/>
Unidad	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
Calle/ruta rural/apartado de correos *	<input type="text" value="Basket"/>
Nombre del sufijo	<input type="text" value="Lane"/>
Cuadrante	<input type="text"/>
Número de apartamento	<input type="text"/>
Dirección línea 2	<input type="text"/>
Ciudad *	<input type="text" value="Madison"/>
Estado *	<input type="text" value="Wisconsin"/>
Código postal *	<input type="text" value="53705-__"/>
Teléfono Principal *	<input type="text" value="(608) 000-0000"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
¿Se necesita un traductor? *	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Idioma del traductor	<input type="text"/>

Detalles del solicitante

Después de actualizar la información del solicitante y seleccionar **guardar**, se abre la página **detalles del solicitante**. Esto proporciona un enlace de flecha **próximo** para avanzar a la siguiente sección.

Si es un solicitante **familiar certificado** o con **licencia**, será **detalles de la ubicación**.

Detalles del solicitante

Nombre del solicitante	Brenda October
Número de la Seguro Social (NSS)	XXX-XX-0034
Fecha de nacimiento	01/03/00
Teléfono Principal	(608) 000-0000
Correo electrónico	BrendaOct@email.com
Dirección	34 Basket Ln Madison, WI 53705-
¿Se necesita un traductor?	No
Idioma del traductor	
FEIN	
Nombre del Negocio	B's October Child Care

Próximo: Detalles de la ubicación ▶

◀ **Solitante**

Si es un solicitante de **campamento** o **grupo con licencia**, primero serán los **detalles del negocio** y luego los **detalles de la ubicación**.

Detalles del solicitante

Nombre del solicitante	Cindy Chicago
Número de la Seguro Social (NSS)	XXX-XX-0004
Fecha de nacimiento	(608) 000-0000
Teléfono Principal	(608)242-0000
Correo electrónico	Cindyc@email.com
Dirección	1902 Basket Ln Madison, WI 53705-
¿Se necesita un traductor?	No
Idioma del traductor	
FEIN	XX-XXX6456
Nombre del Negocio	Cindy C Care

Próximo: Detalles del negocio ▶

◀ **Solitante**

Actualizando su información personal

En el **panel de control de solicitud** puede seleccionar el botón **solicitante**. El **panel de la solicitud** también proporciona un enlace de flecha para el siguiente paso de la aplicación. En este caso es **continuar con el solicitante**. El **menú de acceso rápido** en la esquina superior derecha también tiene un enlace de **solicitante**.

Panel de control de solicitud

Continuar Solicitante ▶

Detalles de la solicitud

Tipo de cuidado regulado	Familia Certificada
Modo de aplicación	Inicial
Fecha de entrada de la solicitud	04/01/2025
Estado de la aplicación	Solicitud en curso

Solicitante **Instalación** **Individuales** **Características del programa** **Rev**

◀ **Solicitudes**

[Aprender sobre DCF](#) [Juntas públicas](#) [Profesiones](#) [Solicitar registros](#) [Contáctenos](#) [Wisconsin.gov](#) [Reportar el abuso infantil](#) [Reportar fraude](#)

Mis instalaciones

Solicitudes

- Panel de control de solicitud
- ✓ Solicitante
- Detalles del negocio
- Detalles de la ubicación
- La planta física y el entorno
- Detalles adicionales
- Direcciones postales
- Detalles operativos solicitados
- Edades servidas solicitadas
- Individuales
- Mascotas
- Ofrecer transporte
- Detalles de vehículo
- Seguros
- Otras licencias
- Tasas reguladoras
- Revisión de la solicitud
- Enviar solicitud
- Contactos
- Externo Enlaces

Luego se abrirá la página del **solicitante**. Aquí seleccionará **detalles del solicitante**.

Solicitante

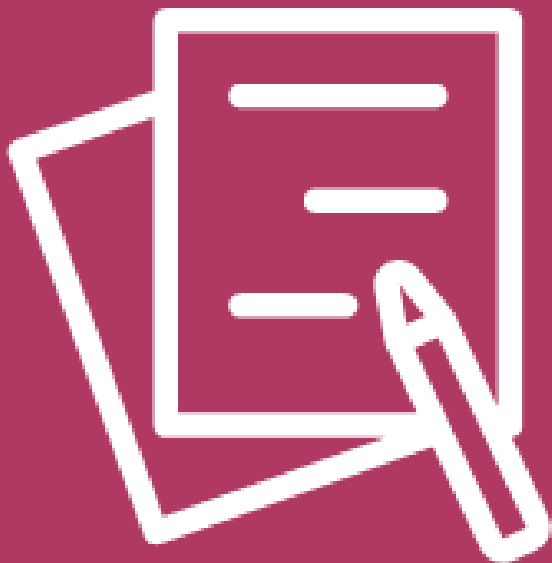
Detalles de la solicitud

Tipo de cuidado regulado	Familia Certificada
Modo de aplicación	Inicial
Fecha de entrada de la solicitud	01/13/2025
Estado de la aplicación	Solicitud en curso

Detalles del solicitante

◀ **Solicitud**

[Aprender sobre DCF](#) [Juntas públicas](#) [Profesiones](#) [Solicitar registros](#) [Contáctenos](#) [Wisconsin.gov](#) [Prensa](#) [Reportar el abuso infantil](#) [Reportar fraude](#)



Ubicación

Detalles del negocio

Para los solicitantes de **campamentos** o **grupos con licencia**, se abrirá la página de **detalles del negocio**. De una lista desplegable, **seleccione el tipo de negocio asociado con su FEIN** que está solicitando.

The screenshot shows the 'Detalles del negocio' form. At the top, there is a header with the title 'Detalles del negocio' and a menu icon. Below the header, a paragraph states: 'Todos los propietarios necesitarán una verificación de antecedentes del solicitante/licenciatario. Si su empresa tiene más de un propietario o asociado, tendrá que ponerse en contacto con su Oficina Regional local para indicar los demás propietarios.' The main section contains a label 'Tipo de negocio *' and a dropdown menu. The dropdown is open, showing a list of options: 'Asociación', 'Ciudad', 'Condado', 'Empresa', 'Empresa De Responsabilidad Limitada', and 'Escuela Pública'. To the left of the dropdown, the text 'Corporación / individual' is visible. Below the dropdown, there are input fields for 'Ciudad' and 'Gobierno'. At the bottom of the form, there is a navigation bar with links: 'Aprender sobre DCF', 'Juntas públicas', 'Profesiones', 'Solicitar registros', 'Contáctenos', 'Wisconsin.gov', and 'Prensa'. There are also links for 'Reportar el abuso infantil' and 'Reportar fraude'.

Luego seleccione si el servicio de cuidado infantil será un negocio **individual/de propietario único/sociedad** o en el sector **corporación/organización sin ánimo de lucro/gobierno**.

This screenshot shows the same 'Detalles del negocio' form, but with the 'Tipo de negocio' dropdown menu closed. Instead, there are two radio button options: 'Individual/Propietario único/Sociedad' and 'Corporación/Sin ánimo de lucro/Gobierno'. A red arrow points from the text in the previous block to the first radio button option. Below the radio buttons is a 'Guardar' button. At the bottom, there is a navigation bar with links: 'Aprender sobre DCF', 'Juntas públicas', 'Profesiones', 'Solicitar registros', 'Contáctenos', 'Wisconsin.gov', and 'Prensa'. There are also links for 'Reportar el abuso infantil' and 'Reportar fraude'.

Documentos de detalles del negocio

Después de seleccionar **guardar** en la página **detalles del negocio**, se proporciona una lista de los **documentos que deberá subir**.

[Preparando documentos para subirlo](#) ofrece información útil con pasos para subir un documento.

Información para cargar documentos:

Si su negocio está organizado como una corporación o iglesia, entonces suba los **Artículos de Incorporación, Reglamento** y la **Lista de la junta directiva**.

Si su empresa está constituida como una asociación o empresa de responsabilidad limitada, suba los **Artículos de organización** y el **Contrato de explotación** y la **Lista de socios/miembros**.

Lista de la junta directiva debe incluir el nombre, cargo, dirección, número de teléfono y fechas de ejercicio de cada miembro, sus comités y sus directivos. Notifique inmediatamente al departamento cualquier cambio que se produzca en el consejo de administración.

Lista de socios/miembros debe incluir los nombres completos y direcciones de cada socio/miembro, si no están ya listados en los Artículos de Organización y Acuerdo de Operación. Incluso si sólo hay un miembro de una LLC o corporación usted todavía tiene que presentar un documento que enumera a ti mismo.

Documentos ya cargados

Fecha de carga	Tipo del documento	
03/07/25	Formulario W-9	Vista ►

Cargar nuevos documentos

Para obtener consejos útiles sobre la carga de documentos, consulte [Preparación de documentos para cargar](#). Si ha cargado un documento incorrecto o seleccionado un tipo de documento incorrecto, deberá comunicarse con [Oficina regional](#) para obtener ayuda.

Tipo del documento	
Formulario W-9	Cargar ►
Artículos De Organización (Llc)/Incorporación/Asociación	Cargar ►
Lista Del Consejo De Administración	Cargar ►
Delegaciones De Verificación De Antecedentes.	Cargar ►
Reglamento	Cargar ►
Lista De Socios/Miembros	Cargar ►

Próximo: Detalles de la ubicación ►

Detalles de la ubicación

Los **detalles de ubicación**, al igual que otras partes de la solicitud inicial, requieren **información diferente** dependiendo en el **tipo de regulación de cuidado infantil que esté solicitando**.

En la parte superior de la página detalles de la ubicación, puede ver las **detalles de la ubicación**, los **detalles de contacto** y la **fuentes de agua**. Si es necesario realizar cambios, seleccione **más** y el enlace **modificar detalles de ubicación** estará disponible.

Detalles de la ubicación

Detalles de la ubicación

Ubicación Condado

Condado De Dane

Dirección

1902 Basket Ln
Madison, WI 53705

Detalles de contacto

Nombre de la instalación

Cindy C Care

Nombre completo

Cindy Chicago

Correo electrónico

Teléfono Principal

(608) 000-0000

Fuente de agua

Seleccione el tipo de fuente de agua

Si tiene un pozo privado, introduzca la fecha del análisis del agua más reciente

más

Información para cargar documentos:

Presentar una copia de las políticas, tal como exige la norma, junto con una lista de verificación de políticas y procedimientos cumplimentada.

Cargue una copia del formulario **Lista de verificación para la concesión inicial licencias** que haya sido firmado no más de 30 días antes de la presentación, confirmando que cumple los requisitos y está listo para la visita inicial para la concesión de licencias.

Delegación de autoridad/cadena de mando - seleccione este tipo de documento para cargar una delegación de autoridad administrativa actual por escrito y firmada por el licenciatario que describa la estructura organizativa y designe, en un formulario de cadena de mando, a las personas del local que estarán a cargo del centro durante todas las horas de funcionamiento. El formulario de cadena de mando es una serie de cargos en orden de autoridad dentro de una organización. Incluya los nombres y cargos de esas personas.

Análisis del agua - Playa(campamentos de día) - Si su programa ofrece actividades frente al mar en una playa situada en las instalaciones del campamento, utilice este tipo de documento para presentar los resultados del análisis del agua de cada playa utilizada por los niños a su cargo.

Permiso de ocupación y certificado de zonificación - Si procede, cargue la documentación adecuada utilizando estos tipos de documentos. Consulte con su municipio para verificar qué se requiere.

Programas familiares ubicados en la ciudad de Milwaukee: Complete el formulario **«Formulario de análisis de las centro familiares quicado infantil»** con la aprobación firmada de la ciudad de Milwaukee. El formulario firmado debe cargarse utilizando el tipo de documento **certificado de zonificación**.

Documentos ya cargados

Modificar detalles de ubicación

menos

Modificar detalles de ubicación

Seleccionar **modificar detalles de ubicación** le permitirá realizar cambios en sus **detalles de contacto** y en la información de su **fuelle de agua**. Tenga en cuenta que es necesario completar cualquier área con un asterisco rojo.

Modificar detalles de ubicación

Si necesita ayuda para completar la información de esta página, visite la página web [Guía de solicitud en línea](#) y seleccione «Completar la solicitud».

Detalles de la ubicación

Ubicación Condado	Condado De Dane
Dirección	1902 Basket Ln Madison, WI 53705

Detalles de contacto

Los datos que introduzca en este apartado corresponden a la persona que se encarga diariamente del centro.

Nombre de la instalación *	<input type="text" value="Cindy C Care"/>	
Nombre de pila *	<input type="text" value="Cindy"/>	
Inicial del medio	<input type="text"/>	
Apellido *	<input type="text" value="Chicago"/>	
Nombre del sufijo	<input type="text"/>	
Correo electrónico	<input type="text"/>	
Teléfono Principal *	<input type="text" value="(608) 000-0000"/>	
Número de teléfono secundario	<input type="text"/>	
Número de busca	<input type="text"/>	
Número de móvil	<input type="text"/>	

Fuente de agua

Seleccione el tipo de fuente de agua

☐ Agua pública

☐ Pozo privado

Si tiene un pozo privado, introduzca la fecha del análisis del agua más reciente

Guardar

Documentos detallados de ubicación

En la mitad inferior de la página **detalles de la ubicación** se encuentra **información de subir documentos**. Proporciona una lista y una ubicación para subir los documentos requeridos que necesitará para su solicitud.

Nota: Si sube un documento incorrecto, debe comunicarse con su **agencia de certificación, la oficina regional de licencias o especialista en licencias** para obtener ayuda.

Información para cargar documentos:

Presentar una copia de las políticas, tal como exige la norma, junto con una lista de verificación de políticas y procedimientos cumplimentada.

Cargue una copia del formulario **Lista de verificación para la concesión inicial de licencias** que haya sido firmado no más de 30 días antes de la presentación, confirmando que cumple los requisitos y está listo para la visita inicial para la concesión de licencias.

Delegación de autoridad/cadena de mando - seleccione este tipo de documento para cargar una delegación de autoridad administrativa actual por escrito y firmada por el licenciario que describa la estructura organizativa y designe, en un formulario de cadena de mando, a las personas del local que estarán a cargo del centro durante todas las horas de funcionamiento. El formulario de cadena de mando es una serie de cargos en orden de autoridad dentro de una organización. Incluya los nombres y cargos de esas personas.

Análisis del agua - Playa (campamentos de día) - Si su programa ofrece actividades frente al mar en una playa situada en las instalaciones del campamento, utilice este tipo de documento para presentar los resultados del análisis del agua de cada playa utilizada por los niños a su cargo.

Permiso de ocupación y certificado de zonificación - Si procede, cargue la documentación adecuada utilizando estos tipos de documentos. Consulte con su municipio para verificar qué se requiere.

Programas familiares ubicados en la ciudad de Milwaukee: Complete la formulario ["Formulario de análisis de las centros familiares quicado infantil"](#) con la aprobación firmada de la ciudad de Milwaukee. El formulario firmado debe cargarse utilizando el tipo de documento **certificado de zonificación**.

Documentos ya cargados

Fecha de carga	Tipo del documento	
03/07/25	Delegación De Autoridad / Cadena De Mando	Vista ▶
03/07/25	Delegación De Autoridad / Cadena De Mando	Vista ▶

Cargar nuevos documentos

Para obtener consejos útiles sobre la carga de documentos, consulte [Preparación de documentos para cargar](#). Si ha cargado un documento incorrecto o seleccionado un tipo de documento incorrecto, deberá comunicarse con [Oficina regional](#) para obtener ayuda.

Tipo del documento	
Delegación De Autoridad / Cadena De Mando	Cargar ▶
Certificado De Zonificación	Cargar ▶
Lista De Verificación De Políticas Y Procedimientos	Cargar ▶
Permiso De Ocupación	Cargar ▶
Resultados De Los Análisis Del Agua	Cargar ▶
Políticas	Cargar ▶
Acuerdos De Colaboración	Cargar ▶
Lista De Verificación Para La Licensado Inicial	Cargar ▶
Análisis Del Agua - Playa	Cargar ▶

[Próximo: La planta física y el entorno](#) ▶

◀ [Instalación](#)

En esta página también hay un enlace a [Preparando Documentos para Subirlo](#).

Planta física y el entorno

Cualquier solicitante con licencia que tenga acceso a esta página debe proporcionar información sobre la **planta Física y el entorno** y luego subir los documentos correspondientes.

Cindy C-Care
1902 Basket Ln
Madison, WI 53705

General Session
5800041015-001
Facility ID 1124263
FIS Provider ID N/A

Modificar la planta física y el entorno

La planta física y el entorno

¿Este programa está ubicado en un edificio actualmente en uso como edificio escolar? *

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿este programa atenderá sólo a niños en edad escolar?

☐ Sí ☐ No ⓘ

¿Este programa atenderá a niños en edad escolar en grupos separados de los niños menores de 5 años?

☐ Sí ☐ No ⓘ

Guardar

◀ **Instalación**

Después de seleccionar **guardar**, la información de **subir de documentos** relacionada está disponible.

Información para cargar documentos:

Diagrama interior/exterior - Seleccione este tipo de documento para cargar diagramas para **Espacio de juego exterior** y el **Plano de planta**. Utilice una página distinta para cada diagrama. Notifique al departamento cualquier cambio propuesto antes de que dichos cambios entren en vigor.

El diagrama del **espacio exterior de juego** debe indicar las dimensiones, los recintos, la ubicación de todos los edificios y las masas de agua.

El diagrama del **plano de planta** para el espacio interior total debe marcar claramente todos los espacios que utilizará el centro. Asegúrese de indicar las dimensiones, las salidas y el uso de las salas.

Inspección de las instalaciones : seleccione este tipo de documento para cargar el informe de inspección que demuestra el cumplimiento de todos los códigos de construcción aplicables. Si su programa se encuentra en un municipio que requiere un permiso de ocupación en lugar de una inspección de edificios, debe cargar su **permiso de ocupación** en el tipo de documento **inspección de las instalaciones** para cumplir los requisitos de la solicitud. Consulte con su municipio para verificar qué se requiere.

Documentos ya cargados

Fecha de carga	Tipo del documento
No se han encontrado resultados.	

Cargar nuevos documentos

Para obtener consejos útiles sobre la carga de documentos, consulte [Preparación de documentos para cargar](#). Si ha cargado un documento incorrecto o seleccionado un tipo de documento incorrecto, deberá comunicarse con [Oficina regional](#) para obtener ayuda.

Tipo del documento	
Diagramas Interior/Exterior	Cargar ▶
Inspección De Las Instalaciones	Cargar ▶

Detalles adicionales

La parte de **detalles adicionales** brinda la oportunidad de responder preguntas **sobre pruebas de radón** (*solo para licencias*), **mascotas en el lugar**, aceptar recibir resultados de **monitoreo por correo electrónico**, y si hay otra persona autorizada para **firmar solicitudes posteriores** en su nombre, el solicitante.

Modificar detalles adicionales

Si necesita ayuda para completar la información de esta página, visite la página web [Guía de solicitud en línea](#) y seleccione «Completar la solicitud».

Prueba de radón

Se requiere una prueba de radón para convertirse en un grupo con licencia (no ubicado en una escuela pública) o en un programa familiar con licencia. Podrá cargar los resultados de las pruebas y los documentos de mitigación en la página siguiente.

Fecha de la prueba de radón

Resultado de prueba de radón (pCi/L)

Mascotas en ubicación

¿Se permiten mascotas en las zonas del centro accesibles a los niños durante las horas de atención? ☐ Sí ☐ No *

En caso afirmativo, cargue el seguro de responsabilidad civil (en la página seguros) y los documentos de vacunación (en la página mascotas). Si hay mascotas en las instalaciones pero los niños no tienen acceso a ellos, seleccione «Sí». En ese caso, sólo tendrá que subir los documentos de vacunación (en la página mascotas).

Resultados del seguimiento

Acepto recibir los resultados del seguimiento por correo electrónico. ☐ Sí ☐ No *

Otra persona autorizada

¿Hay alguna persona autorizada para firmar las solicitudes posteriores relativas a este centro en nombre del solicitante? ☐ Sí ☐ No *

Nombre del firmante autorizado

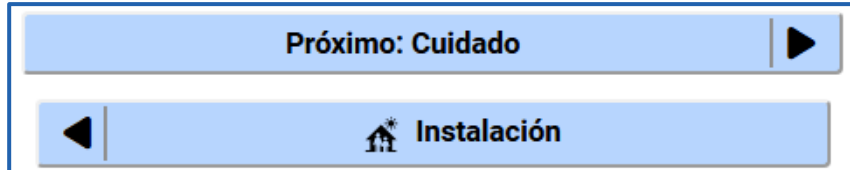
Título del firmante autorizado

Yo, propietario o presidente del consejo de administración, autorizo a la dirección del centro a firmar acuerdos y presentar documentación oficial relativa al centro al departamento en mi nombre. ☐ Sí ☐ No

Guardar

Ubicación de certificada de cuidado familiar

Si solicita convertirse en un proveedor certificado de cuidado infantil familiar, una vez que haya **completado y guardado** sus datos en la página **detalles adicionales**, la página **ubicación de la asistencia** es su siguiente paso.



En esta página, seleccione la ubicación donde brindará cuidado infantil. Elija **hogar del proveedor** o **hogar del niño**, luego seleccione **guardar**.

Child Care Provider Portal
Bienvenido, Brenda

B's October Child Care
34 Basket Ln
Madison, WI 53705

Cerrar sesión
5800040975-001
Facility ID N/A
FIS Provider ID N/A

Ubicación de la asistencia

Ubicación de la asistencia

La atención se prestará en *

Hogar Del Niño

Hogar Del Niño

Hogar Del Proveedor

◀

Instalación

Aprender sobre DCF

Juntas públicas

Profesiones

Solicitar registros

Contáctenos

Reportar el abuso infantil

Reportar fraude




Wisconsin.gov

Prensa

View in English

Update SPA CWA Privileges

Wisconsin Department of Children and Families



Dirección postal

En la sección **agregar dirección postal**, seleccione el círculo de la **dirección postal** donde se enviarán todos los avisos oficiales. Si recibe **resultados de monitoreo por correo electrónico**, debe incluir una dirección de correo electrónico válida.

Agregar dirección postal

La dirección que seleccione determinará dónde se enviarán todas las notificaciones oficiales. Si ha aceptado recibir los Resultados del seguimiento por correo electrónico, deberá añadir una dirección de correo electrónico, si aún no lo ha hecho.

☐ Utilice la dirección del solicitante como dirección postal.

Cindy Chicago
309 Kangaroo Crk
Madison, WI 53705
(608) 000-0000
Cindyc@email.com

☒ Utilice la dirección de ubicación como dirección postal.

Cindy Chicago
1902 Basket Ln
Madison, WI 53705
(608) 000-0000
Cindyc@email.com

☐ Utilice otra dirección como dirección postal.

Continuar

Después de seleccionar una dirección postal, haga clic/toque **continuar**. La dirección postal luego se colocará en **los detalles de su dirección postal**.

Dirección postal

Detalles de la dirección postal

Tipo de dirección	Periodo de vigencia	Dirección	
La Dirección Postal Para Licencias	03/07/25	Cindy Chicago 1902 Basket Ln , Madison, WI 53705 (608) 000-0000 Cindyc@email.com	Detalles/Datos ►

Próximo: Detalles operativos solicitados ►

◀ Instalación

Detalles operativos solicitados

En la página **detalles operativos solicitados**, comience seleccionando **agregar detalles operativos solicitados**.

Detalles operativos solicitados

Meses abiertos	Días abiertos	Capacidad diaria	Capacidad Noche
No se han encontrado resultados.			

Agregar detalles operativos solicitados ▶

◀ **Próximo: Edades servidas solicitadas** ▶

◀ **Instalación**

Agregar detalles operativos solicitados

Si necesita ayuda para completar la información de esta página, visite la página web [Guía de solicitud en línea](#) y seleccione «Completar la solicitud».

Los meses de atención

Si su programa no funciona durante uno o más meses del año, deberá realizar varias entradas para mostrar los meses activos de atención. Para obtener orientación y ejemplos sobre cómo realizar estas entradas, puede consultar la página [Guía del usuario CCPP para solicitudes en línea](#). También puedes comunicarte con su [Oficina regional](#) para obtener asistencia.

<input checked="" type="checkbox"/> enero	<input checked="" type="checkbox"/> febrero	<input checked="" type="checkbox"/> marzo	<input checked="" type="checkbox"/> abril
<input checked="" type="checkbox"/> mayo	<input checked="" type="checkbox"/> junio	<input checked="" type="checkbox"/> julio	<input checked="" type="checkbox"/> agosto
<input checked="" type="checkbox"/> septiembre	<input checked="" type="checkbox"/> octubre	<input checked="" type="checkbox"/> noviembre	<input checked="" type="checkbox"/> diciembre

Días de atención

<input checked="" type="checkbox"/> lunes	<input checked="" type="checkbox"/> martes	<input checked="" type="checkbox"/> miércoles	<input checked="" type="checkbox"/> jueves
<input checked="" type="checkbox"/> viernes			

¿Están abiertos los fines de semana? ☐ Sí ☒ No

Horarios de atención

Si tiene horarios que varían de un día para otro, puede hacer esos ajustes después de presentar su solicitud poniéndose en contacto con su [Oficina regional](#).

Hora de inicio

Hora final

¿Tiene más de una hora de inicio y final? ☐ Sí ☒ No

Capacidad

Capacidad diaria

Número máximo de niños acogidos entre las 05:00 y las 22:00.

Capacidad Noche

Número máximo de niños acogidos durante cualquier periodo comprendido entre las 22:00 y las 05:00 horas

Guardar

Agregar detalles operativos solicitados

En los **detalles operativos solicitados**, introduzca los meses, días de la semana y horas del día en que estará abierto, junto con la capacidad de los niños que solicita cuidar.

Si no estará abierto todos los meses del año, **elimine las marcas de meses de operación** cuando estará cerrado. Para obtener orientación sobre estos pasos, consulte la [Portal para Proveedores de Cuidado Infantil Guía de Usuario](#).

Los meses de atención

Si su programa no funciona durante uno o más meses del año, deberá realizar varias entradas para mostrar los meses activos de atención. Para obtener orientación y ejemplos sobre cómo realizar estas entradas, puede consultar la página [Guía del usuario CCPP para solicitudes en línea](#). También puedes comunicarte con su [Oficina regional](#) para obtener asistencia.

<input checked="" type="checkbox"/> enero	<input checked="" type="checkbox"/> febrero	<input checked="" type="checkbox"/> marzo	<input checked="" type="checkbox"/> abril
<input checked="" type="checkbox"/> mayo	<input checked="" type="checkbox"/> junio	<input checked="" type="checkbox"/> julio	<input checked="" type="checkbox"/> agosto
<input checked="" type="checkbox"/> septiembre	<input checked="" type="checkbox"/> octubre	<input checked="" type="checkbox"/> noviembre	<input checked="" type="checkbox"/> diciembre

Para los **días de atención**, seleccione los días de la semana en los que estará abierto.

Días de atención

<input checked="" type="checkbox"/> lunes	<input checked="" type="checkbox"/> martes	<input checked="" type="checkbox"/> miércoles	<input checked="" type="checkbox"/> jueves
<input checked="" type="checkbox"/> viernes			

¿Están abiertos los fines de semana? ☐ Sí ☒ No

Para los **horarios de atención**, verifique los horarios en los que estará abierto

Horarios de atención

Si tiene horarios que varían de un día para otro, puede hacer esos ajustes después de presentar su solicitud poniéndose en contacto con su [Oficina regional](#).

Hora de inicio

Hora final

¿Tiene más de una hora de inicio y final? ☒ Sí ☐ No

Hora de inicio

Hora final

Capacidad para cuidado infantil con licencia.

Capacidad

Capacidad diaria

Número máximo de niños acogidos entre las 05:00 y las 22:00.

Capacidad Noche ⓘ

Número máximo de niños acogidos durante cualquier periodo comprendido entre las 22:00 y las 05:00 horas

Guardar

Capacidad de cuidado infantil certificado.

Capacidad

Tamaño del grupo

Niños menores de 7 años

Guardar

Detalles operativos solicitados

Edades solicitadas servidas

En la sección **agregar edades atendidas solicitadas**, incluya las edades de los niños a los que brindará cuidado.

Seleccione **agregar edades atendidas solicitadas**.

Detalles de las edades atendidas solicitadas

Detalles de las edades atendidas solicitadas

A partir de la edad

A la edad

Agregar edades atendidas solicitadas ▶

Próximo: Individuos ▶

En este ejemplo, el solicitante inicial elige brindar cuidado infantil a niños desde **6 meses** hasta **los 10 años**.

Agregar edades atendidas solicitadas

Agregar edades atendidas solicitadas

Desde año(s) Desde Mes(es) Desde semana(s)

A año(s) A mes(es) A semana(s)

Agregar

◀ **Instalación**

[Aprender sobre DCF](#) [Juntas públicas](#) [Profesiones](#) [Solicitar registros](#) [Contáctenos](#) [Wisconsin.gov](#) [Prensa](#)

[Reportar el abuso infantil](#)
[Reportar fraude](#)



Individuos

Sección de individuos

Además de su información personal, **proporcione información** sobre **empleados, adultos y miembros del hogar de 10 años o más**.

Child Care Provider Portal
Bienvenido, Tella

Thursdays Care
1902 Basket Ln
Madison, WI 53705

Cerrar sesión
6800041016-001
Facility ID N/A
FIS Provider ID N/A

Individuales
Introduzca los empleados actuales y potenciales y/o a los miembros de su hogar (a partir de 10 años) para propósitos de verificación de antecedentes.

Nombre	Rol(es)	Periodo de empleo	Estado de verificación de antecedentes
No se han encontrado resultados.			

◀ ▶

▶ ▶

Haga clic aquí para ver Personal de registro ▶

Esta es una lista de las personas asociadas con su perfil de proveedor de Registro. Para agregar a estas personas a su lista de personal en el Portal de proveedores de cuidado infantil (CCPP): ⓘ

Copiar solicitante ▶

Próximo: Mascotas ▶

◀ Solicitudes

Aprender sobre DCF Juntas públicas

Profesiones

Solicitar registros

Contáctenos

Wisconsin.gov

Prensa

Reportar el abuso infantil

Reportar fraude

El primer paso es seleccionar **copiar solicitante (usted)**. Esto lo llevará a la página **copiar solicitante**. Vea sus datos y seleccione el botón **copiar Solicitante**.

Copiar solicitante

Detalles del solicitante

Nombre	Cindy Chicago
Fecha de nacimiento	1/3/2000
NSS	XXX-XX-0004
Dirección	309 Kangaroo Crk Madison, WI 53705
Correo electrónico	Cindyc@email.com

Copiar solicitante ▶

DCF-P-5827-S (R. 04/2025) (T. 04/2025)

Departamento de Niños y Familias de Wisconsin

33

Copiar detalles del solicitante

La información que agregó en la página **detalles básicos de individuo** se transferirá a la página **agregar detalles de individuo**.

Copiar datos del solicitante

Detalles del solicitante

Nombre	Cindy
Inicial del segundo nombre	
Apellido	Chicago
Nombre del sufijo	
Dirección *	309 Kangaroo Crk
Dirección línea 2	
Ciudad *	Madison
Estado *	Wisconsin
Código postal *	53705-____
Condado/Tribu *	
Teléfono Principal *	(608) 000-0000
Tipo de teléfono principal *	<input type="radio"/> A Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> celular
Teléfono secundario	
Tipo de teléfono secundario	<input type="radio"/> A Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> celular Cancel
Correo electrónico *	Cindyc@email.com
Fecha de nacimiento	1/3/2000
NSS	XXX-XX-0004
Género *	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
Raza	
Idioma *	

Detalles de empleo/residencia

En eficaz desde:	03/12/25
Función principal	Solicitante/Licenciatario
Nivel de verificación de antecedentes	Solicitante/Licenciatario
Rol secundario	
Situación de empleo/residencia	Actual
Fecha de inicio de empleo/residencia	3/12/2025
¿Esta persona ha usado algún nombre o alias en el pasado? *	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Aplicar la tarifa de verificación de antecedentes continua a esta ubicación	Sí
Comentarios para esta persona	

Copiar

Complete el resto de los **detalles** necesarios. Cuando termine, seleccione **Copiar**.

Detalles del formulario de solicitud de verificación de antecedentes

Después de agregar a un individuo, se abrirá la página **detalles del formulario de solicitud de verificación de antecedentes**.

Detalles del formulario de solicitud de verificación de antecedentes

Individuales

Nombre

Jane February

Período de empleo

3/20/2025 - 12/31/9999

Militar

Residencia

Rehabilitación

Criminal

Menores

Delincuente sexual

Abuso/negligencia

Licencias

Enviar

1. ¿Ha sido despedido en los últimos tres años de alguna rama de las U.S. Armed Forces (Fuerzas Armadas de EE. UU.), incluido el servicio de reserva?

☐ Sí

☐ No

Próximo

Esta persona tiene información faltante que se requiere para completar una verificación de antecedentes (por ejemplo, dirección residencial o un formulario completo de solicitud de verificación de antecedentes).

◀

Modificar formulario de solicitud de verificación de antecedentes

En la página **detalles del formulario de solicitud de verificación de antecedentes**, debe responder ocho preguntas de sí o no. Después de responder cada pregunta, haga clic en **próximo** para continuar con la serie. Las preguntas implican:

- *Licenciamiento de las Fuerzas Armadas de EE. UU.*
- *Residiendo fuera de Wisconsin*
- *Solicitar una revisión de rehabilitación*
- *Pendiente o condenado por cargos penales*
- *Adjudicado como delincuente por un tribunal de justicia o un tribunal tribal entre las edades de 10 a 17 años*
- *Actualmente o alguna vez ha estado registrado como agresor sexual*
- *Bajo investigación o hallazgo previo sobre abuso, negligencia o robo de propiedad*
- *Licencia o credencial obsoleta que puede restringirle proporcionar cuidado infantil*

Envío de solicitud de verificación de antecedentes

Una vez que se completen los **detalles del formulario de solicitud de verificación de antecedentes**, proporcione su **firma electrónica** y seleccione **enviar**.

Detalles del formulario de solicitud de verificación de antecedentes

Individuales

Nombre ? Jane February

Período de empleo 3/20/2025 - 12/31/9999

MilitarResidenciaRehabilitaciónCriminalMenoresDelincuente sexualAbuso/negligenciaLicencias**Enviar**

Formulario completado por ☐ Representante ☒ Mismo

FIRME AQUÍ SI ESTÁ COMPLETANDO ESTE FORMULARIO POR USTED MISMO.

Entiendo que al proporcionar mi firma a continuación, estoy declarando, bajo pena de ley, que la información proporcionada anteriormente es verídica y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa de manera consciente u omitir información puede resultar en que no sea elegible para obtener una licencia o certificado para operar, residir o ser empleado en un centro de cuidado infantil, y que puedo estar sujeto a incautaciones y otras sanciones según lo previsto por la ley.

Fecha de la firma 3/20/2025

Firma electrónica Jane February

Anterior **Enviar**

? Esta persona tiene información faltante que se requiere para completar una verificación de antecedentes (por ejemplo, dirección residencial o un formulario completo de solicitud de verificación de antecedentes).

◀ Modificar formulario de solicitud de verificación de antecedentes

Si es necesario realizar cambios, seleccione **anterior** para retroceder a las preguntas.

Código de huella digital

Una vez que haya enviado correctamente la **información de verificación de antecedentes**, se le proporcionará un enlace para **generar/ver código de huella digital** en la página de **confirmación de información individual**.

Confirmación de la información individual

Individual	
Nombre	Jane February
Periodo de empleo	3/20/2025

Confirmación de la información individual

Ha agregado con éxito la información de verificación de antecedentes individual necesarias.

Generar/Ver código de huella dactilar

[Aprender sobre DCF Juntas públicas](#) [Profesiones](#) [Solicitar registros](#) [Contáctenos](#) [Wisconsin.gov](#) [Prensa](#)
[Reportar el abuso infantil](#)
[Reportar fraude](#)

Se proporciona un **código** para programar una cita de **captura de huellas dactilares de Fieldprint Livescan**. La página del **código de huellas dactilares** también tiene un **enlace al sitio web e instrucciones** sobre cómo programar una cita.

Código de huellas dactilares

Individuales	
Nombre	Jane February
Periodo de empleo	3/20/2025

Código de huellas dactilares

Revise cuidadosamente la información para garantizar la precisión. Las imprecisiones pueden provocar retrasos en la verificación de antecedentes y gastos adicionales.

Nombre	February, Jane
Fecha de nacimiento	1/9/2000
Fieldprint Code	FPWIDCFLicensee
Código de referencia	FE2002466

Cómo programar una cita de captura de huellas dactilares de Fieldprint® Livescan:

1. Accede al sitio web de Fieldprint® en <http://fieldprintwisconsin.com/>
2. Haga clic en Programar una cita.
3. Siga las instrucciones en pantalla para registrarse en Fieldprint® o iniciar sesión si ya es un usuario.
4. Envíe el código de impresión de campo único que se proporciona a continuación para la persona a la que se le toman las huellas dactilares.
5. Complete la información demográfica.
6. En Información adicional, ingrese el código de referencia único de 9 caracteres que se proporciona a continuación para la persona a la que se le toman las huellas dactilares. Este Código de Referencia está personalizado para cada individuo y está vinculado a sus resultados de búsqueda criminal. Verifique que el código de referencia se ingresó correctamente antes de continuar.
7. Complete el resto de las pantallas, elija una ubicación, programe la cita y envíe el pago con tarjeta de crédito / débito o cheque electrónico.

Nota: El código proporcionado anteriormente es único para cada individuo. Una persona debe usar el código proporcionado al programar una cita de Fieldprint® y no puede compartir su código con otras personas.

Para evitar retrasos en completar la verificación de antecedentes completa, programe una cita de Fieldprint® de inmediato. La verificación preliminar de antecedentes comienza tan pronto como el individuo completa la huella digital. La determinación final de elegibilidad puede tardar hasta 45 días en completarse. Si la persona ha vivido fuera del estado en los últimos cinco años o se necesitan cheques en varios estados, la determinación final de elegibilidad puede exceder los 45 días.

Para obtener información adicional sobre las verificaciones de antecedentes basadas en huellas dactilares y las respuestas a las preguntas más frecuentes, visite nuestro sitio web en: <https://dcf.wisconsin.gov/cclicensing/cbc>. Si necesita más ayuda, puede comunicarse con la Unidad de Antecedentes de Cuidado Infantil llamando al: (608) 422-7400 o por enviando un correo electrónico DCFpic@DCRCBU@wisconsin.gov

Detalles individuales

[Aprender sobre DCF Juntas públicas](#) [Profesiones](#) [Solicitar registros](#) [Contáctenos](#) [Wisconsin.gov](#) [Prensa](#)
[Reportar el abuso infantil](#)
[Reportar fraude](#)

Información adicional sobre verificación de antecedentes

Después de obtener un código de huella digital, regresará a la página de **Individuos**. La persona que ingresó aparecerá en la parte superior de la página.

Si el nombre de una persona tiene un **ícono de signo de interrogación** al lado, se requiere información adicional para una **verificación de antecedentes**. Si este es el caso, haga clic/toque el botón de flecha de **detalles**.

Individuales
Introduzca los empleados actuales y potenciales y/o a los miembros de su hogar (a partir de 10 años) para propósitos de verificación de antecedentes.

Nombre	Rol(es)	Período de empleo	Estado de verificación de antecedentes
❓ Tarra Saturn	Instructor		Detalles/Datos
Hermit Crab	Maestro - Asistente	12/26/24	Detalles/Datos
Jane February	Solicitante/Licenciario	03/20/25	Detalles/Datos

! Este individuo aparece como "Prospectivo". Actualice el estado de empleo / residencia una vez que se haya determinado la elegibilidad final.
❓ A esta persona le falta información que se requiere para completar una verificación de antecedentes (por ejemplo, domicilio o un formulario completo de solicitud de verificación de antecedentes).

[Haga clic aquí para ver Personal de registro](#)

Esta es una lista de las personas asociadas con su perfil de proveedor de Registro. Para agregar a estas personas a su lista de personal en el Portal de proveedores de cuidado infantil (CCPP):


Se abrirá la página de **detalles individuales**.


Detalles individuales


Detalles individuales


Nombre	Hermit Crab
Dirección	44 Bloomer Ave Fisher, WI 53705
Teléfono Principal	(608)422-0001 (Cell)
Correo electrónico	CrabH@email.com
Condado/Tribu	Condado De Dane


[más](#)


Nombres de alias


Verificaciones de antecedentes


Formulario de solicitud de verificación de



Documentos individuales



Código de huellas dactilares


Detalles de los Individuos


Detalles individuales


Nombre	Hermit Crab
Dirección	44 Bloomer Ave Fisher, WI 53705
Teléfono Principal	(608)422-0001 (Cell)
Correo electrónico	CrabH@email.com
Condado/Tribu	Condado De Dane



Nombres de alias


Verificaciones de
antecedentes


Formulario de
solicitud de
verificación de


Documentos
individuales


Código de huellas
dactilares

 Individuales

[más](#)

Estos botones le permiten realizar cambios para este individuo. Los cambios incluyen:

- Agregar cualquier **nombre de alias** utilizado por un individuo
- Revisar cualquier **verificación de antecedentes anterior**
- Complete un formulario de **Solicitud de verificación de antecedentes**
- **Ver documentos** cargados sobre un individuo
- Obtener un **código de huella dactilar**

Si los ajustes necesarios están relacionados con detalles que no están en esta página, seleccione **más** y luego seleccione **modificar detalles individuales**.

Agregar individuos adicionales

Para **agregar individuos adicionales**, en la página Individuos, seleccione **más**.

Individuales

Introduzca los empleados actuales y potenciales y/o a los miembros de su hogar (a partir de 10 años) para propósitos de verificación de antecedentes.

Nombre	Rol(es)	Período de empleo	Estado de verificación de antecedentes	
! Allie Appleton	Instructor			Detalles/Datos
Hermit Crab	Maestro - Asistente	12/26/24		Detalles/Datos
Jane February	Solicitante/Licenciatario	03/20/25		Detalles/Datos

1

1 - 3 of 3 items

! Este individuo aparece como "Prospectivo". Actualice el estado de empleo / residencia una vez que se haya determinado la elegibilidad final.
? A esta persona le falta información que se requiere para completar una verificación de antecedentes (por ejemplo, domicilio o un formulario completo de solicitud de verificación de antecedentes).

[Haga clic aquí para ver Personal de registro](#)

Esta es una lista de las personas asociadas con su perfil de proveedor de Registro. Para agregar a estas personas a su lista de personal en el Portal de proveedores de cuidado infantil (CCPP):

Próximo: Mascotas

Solicitud

[más](#)

Esto abre el enlace **agregar individuo**.

Haga clic aquí para ver Personal de registro

Esta es una lista de las personas asociadas con su perfil de proveedor de Registro. Para agregar a estas personas a su lista de personal en el Portal de proveedores de cuidado infantil (CCPP):

Historia

Agregar individuo

Próximo: Mascotas

[menos](#)

Detalles básicos de los individuos

Al seleccionar el enlace **gregar individuo** se abre la página **detalles básicos del individuo**.

Detalles básicos individuales

Individuales

Nombre *

Camilia

Inicial del segundo nombre

Apellido *

Newport

Nombre del sufijo

Género *

☐ Hombre

☒ Mujer

Fecha de nacimiento *

9/9/2009

NSS *

000-00-0000

Confirmar NSS *

000-00-0000

Próximo>

Individuales

Agregar detalles de los individuos

Después de introducir sus datos básicos, se abrirá la página **agregar detalles individuales**. Tal como lo hizo para usted mismo, coloque la información necesaria en la página. Cuando termine, seleccione **agregar**.

Agregar detalles individuales

Individual

Nombre

Camila

Inicial del segundo nombre

Apellido

Newport

Nombre del sufijo

Dirección *

Dirección línea 2

Ciudad *

Estado *

Wisconsin

Código postal *

Condado/Tribu *

Teléfono Principal *

Tipo de teléfono principal *

☐ A Casa

☐ Trabajo

☐ celular

Teléfono secundario

Tipo de teléfono secundario

☐ A Casa

☐ Trabajo

☐ celular

Cancel

Correo electrónico *

Fecha de nacimiento

9/9/2009

NSS

XXX-XX-0001

Género *

☐ Hombre

☒ Mujer

Raza

Idioma *

Detalles de empleo/residencia

En eficaz desde:

03/20/25

Función principal *

Rol secundario

Situación de empleo/residencia *

☐ Actual

☐ Aspirante

¿Esta persona ha usado algún nombre o alias en el pasado? *

☐ Sí

☐ No

Aplicar la tarifa de verificación de antecedentes continua a esta ubicación

Sí

Comentarios para esta persona

Agregar

Verificación de antecedentes y código de huellas dactilares

Detalles del formulario de solicitud de verificación de antecedentes

Individuales

Nombre Hermit Crab

Periodo de empleo 12/26/2024 - 12/31/9999

MilitarResidenciaRehabilitaciónCriminalMenoresDelincuente sexualAbuso/negligenciaLicenciasEnviar

4. ¿Tiene algún cargo penal pendiente o ha sido condenado por algún delito? Incluya todos los delitos en tribunales federales, estatales, de condados, locales, militares y tribales.

☐ Sí ☐ No

AnteriorPróximo

Volverá a revisar los detalles del **formulario de solicitud de verificación de antecedentes**. Cuando esté completa y firmada electrónicamente, esta persona se agregará a su lista de **Individuos**.

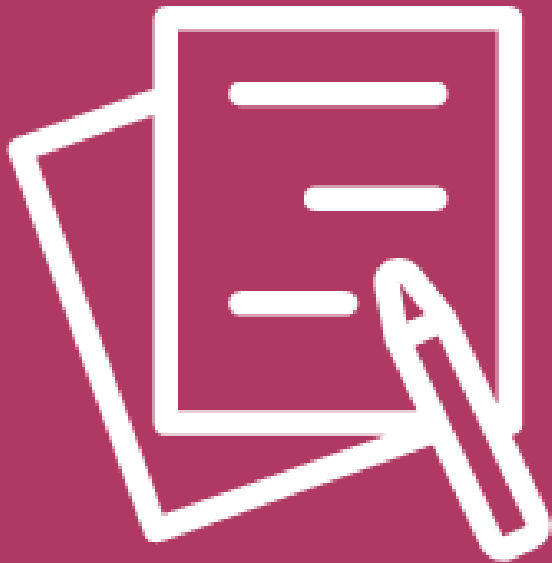
Individuales

Introduzca los empleados actuales y potenciales y/o a los miembros de su hogar (a partir de 10 años) para propósitos de verificación de antecedentes.

Nombre	Rol(es)	Periodo de empleo	Estado de verificación de antecedentes	
! Allie Appleton	Instructor			Detalles/Datos ▶
Hermit Crab	Maestro - Asistente	12/26/24		Detalles/Datos ▶
Jane February	Solicitante/Licenciario	03/20/25		Detalles/Datos ▶

◀ ◁ 1 ▷ ▶

1 - 3 of 3 items



Características del programa

Mascotas

Si su instalación tiene animales que tienen cualquier contacto con los niños, **debe proporcionar información** sobre el **animal**.

Seleccione **agregar mascota**, coloque información y luego seleccione **agregar**.

Mascotas

Tipo de mascota	Nombre de la mascota	Fecha límite de vacunación antirrábica
No se han encontrado resultados.		

Agregar mascotas ▶

Agregar mascotas

Para cada perro/gato agregado, esté preparado para cargar un certificado actual de un veterinario que documente su vacunación contra la rabia. Este documento puede cargarse en la página siguiente.

Tipo de mascota *

Gato

Nombre de la mascota

Trasladdo

Fecha límite de vacunación antirrábica

6/5/2024

Descripción de la mascota (por ejemplo, raza)

Felis Catus

Agregar

◀ Mascotas

La página **detalles de la mascota** se abre con un **enlace para subir documentos**.

Detalles/Datos

Tipo de mascota	Gato
Nombre de la mascota	Trasladdo
Fecha límite de vacunación antirrábica	04/01/2025
Descripción de la mascota (por ejemplo, raza)	Felis Catus

más

Documentos ya cargados

Fecha de carga	Tipo del documento
No se han encontrado resultados.	

Cargar nuevos documentos

Para obtener consejos útiles sobre la carga de documentos, consulte [Preparación de documentos para cargar](#). Si ha cargado un documento incorrecto o seleccionado un tipo de documento incorrecto, deberá comunicarse con [Oficina regional](#) para obtener ayuda.

Tipo del documento
Vacunaciones

Cargar ▶

Ofrecer transporte

Si proporcionará transporte, debe incluir información sobre el vehículo. En la página **ofrecer transporte**, seleccione **agregar transporte**.

Ofrecer transporte

Si el centro proporciona transporte a los niños a su cargo desde/hacia la escuela, el hogar o para excursiones, prepárese para introducir la información sobre el vehículo y el seguro en las páginas siguientes.

Fecha de inicio	Se ofrece transporte
No se han encontrado resultados.	
Agregar transporte	
Próximo: Detalles del vehículo	

En la página **agregar transporte**, seleccione **Sí** para **transporte proporcionado**. También puede agregar comentarios adicionales. Cuando esté completo, haga clic/toque en **agregar**.



Agregar transporte

Se ofrece transporte * ☒ **Sí** ☐ **No**

Fecha de inicio 3/21/2025

Comentarios

Agregar

  **Ofrecer transporte**

Detalles del vehículo

Enseguida, agregue información sobre el vehículo que utilizará.
Haga clic/toque en **agregar Vehículo**.

The screenshot shows a web interface titled "Vehículos". It features a table with two columns: "Modo de vehículo" and "Año, color, marca, modelo y número de matrícula del vehículo". The table is currently empty, displaying the message "No se han encontrado resultados." Below the table, there are three navigation buttons: "Agregar vehículo" (highlighted with a red box), "Próximo: Seguros", and "Características del programa".

Indique si el vehículo es **propiedad del centro** o está **contratado**.
Luego agregue el **año, color, marca, modelo y número de placa** del vehículo.

The screenshot shows the "Agregar vehículo" form. It includes instructions for selecting the vehicle type and a text input field for the vehicle details. The "Modo de vehículo" dropdown is set to "Propiedad Del Centro". The text input field contains "2023, Chevrolet Express 3500, BZ3T-222H". A red box highlights the "Agregar" button, with a red arrow pointing to it from a text box below.

Después de haber ingresado la información necesaria, seleccione **agregar**.

Detalles del vehículo y subir documentos

La página **detalles del vehículo** ahora muestra la información ingresada. Proporciona un espacio para **subir reportes de inspección** del vehículo.

Detalles de vehículo

Modo de vehículo

Propiedad Del Centro

Año, color, marca, modelo y número de matrícula del vehículo

2023, Chevrolet Express 3500, BZ3T-222H

Fecha de verificación de la alarma

[más](#)

Documentos ya cargados

Fecha de carga	Tipo del documento
No se han encontrado resultados.	

Cargar nuevos documentos

Para obtener consejos útiles sobre la carga de documentos, consulte [Preparación de documentos para cargar](#). Si ha cargado un documento incorrecto o seleccionado un tipo de documento incorrecto, deberá comunicarse con [Oficina regional](#) para obtener ayuda.

Tipo del documento

Informes De Inspección

Cargar ▶

◀

Vehículos

Cuando esta página esté completa, seleccione **detalles del vehículo**. Puedes **agregar vehículos adicionales** o pasar al seguro.

Vehículos

Modo de vehículo	Año, color, marca, modelo y número de matrícula del vehículo	
Propiedad Del Centro	2023, Chevrolet Express 3500, BZ3T-222H	Detalles/Datos ▶

Agregar vehículo ▶

Próximo: Seguros ▶

◀ Características del programa

Seguros

En la página **seguros**, seleccione **agregar Seguros**. Esto abrirá la página **agregar detalles del seguro**.

Seguros

Asegúrese de tener cobertura suficiente para sus fines empresariales.

Todos los centros de grupo con licencia necesitan una prueba de seguro de responsabilidad civil. Todos los proveedores deben tener un seguro de responsabilidad civil para automóviles/vehículos si transportan a niños. Los centros familiares con licencia necesitan un seguro de responsabilidad civil si hay mascotas en la ubicación y son accesibles a los niños.

Tipo de seguro	Fecha de inicio	Fecha final	El número de niños cubiertos	Mascotas cubiertas
No se han encontrado resultados.				

Agregar seguro

Próximo: Otras licencias

Características del programa

Seleccione un **tipo de seguro**, luego elija la **fecha de inicio**, la **fecha de final**, otra información solicitada y comentarios. Cuando termine, seleccione **agregar**.

Agregar detalles del seguro

Asegúrese de tener cobertura suficiente para sus fines empresariales.

Todos los centros de grupo con licencia necesitan una prueba de seguro de responsabilidad civil. Todos los proveedores deben tener un seguro de responsabilidad civil para automóviles/vehículos si transportan a niños. Los centros familiares con licencia necesitan un seguro de responsabilidad civil si hay mascotas en la ubicación y son accesibles a los niños.

Responsabilidad civil - Seleccione este tipo para el seguro de responsabilidad civil general. Si procede, asegúrese de que las mascotas están incluidas en el documento de **prueba de seguro** que puede cargar en la página siguiente. Puede agregar varios tipos de seguro de responsabilidad civil, si es necesario. Puede ser útil agregar un comentario con una breve descripción.

Vehículo - Seleccione este tipo para el seguro de vehículos propiedad del centro. Asegúrese de introducir la información del seguro y cargar un documento de **prueba de seguro** para **cada vehículo** que aparece en la página detalles del vehículo. Puede ser útil agregar un comentario con una breve descripción.

Automóvil no de propiedad - Seleccione este tipo si el transporte será contratado. Si el contrato es con la compañía de autobuses utilizada por el distrito escolar local, no se requiere información sobre el seguro.

Tipo de seguro *

Responsabilidad

Fecha de inicio *

1/6/2025

Fecha final *

1/13/2027

El número de niños cubiertos

Mascotas cubiertas

☐ Sí ☒ No

Comentarios

Agregar

Detalles del seguro

La página **detalles del seguro** muestra la información que ha ingresado. También proporciona un espacio para subir un documento de **prueba de seguro**.

Detalles del seguro

Tipo de seguro	Responsabilidad
Fecha de inicio	01/06/25
Fecha final	01/13/27
El número de niños cubiertos	
Mascotas cubiertas	No
Comentarios	

[más](#)

Documentos ya cargados

Fecha de carga	Tipo del documento
No se han encontrado resultados.	

Cargar nuevos documentos

Para obtener consejos útiles sobre la carga de documentos, consulte [Preparación de documentos para cargar](#). Si ha cargado un documento incorrecto o seleccionado un tipo de documento incorrecto, deberá comunicarse con [Oficina regional](#) para obtener ayuda.

Tipo del documento	
Prueba Del Seguro	Cargar ▶

[◀](#) Seguros

Cuando termine de subir los documentos, seleccione **agregar seguro** para incluir otras pólizas o pase a **otras licencias**.

Seguros

Asegúrese de tener cobertura suficiente para sus fines empresariales.

Todos los centros de grupo con licencia necesitan una prueba de seguro de responsabilidad civil. Todos los proveedores deben tener un seguro de responsabilidad civil para automóviles/vehículos si transportan a niños. Los centros familiares con licencia necesitan un seguro de responsabilidad civil si hay mascotas en la ubicación y son accesibles a los niños.

Tipo de seguro	Fecha de inicio	Fecha final	El número de niños cubiertos	Mascotas cubiertas	
Responsabilidad	01/06/25	01/13/27		No	Detalles/Datos ▶

[▶](#) Agregar seguro

[▶](#) Próximo: Otras licencias

[◀](#) Características del programa

Otras licencias

La página **otras licencias** está disponible para que usted agregue licencias de cuidado adicionales que tenga en el hogar/instalación o para que indique que no tiene ninguna. Haga **clic/toque** en **otras licencias**.

Tipo de seguro	Fecha de inicio	Fecha final	El número de niños cubiertos	Mascotas cubiertas	
Responsabilidad	01/01/25	03/28/30		Yes	Detalles/Datos ▶

[Agregar seguro](#) ▶

[Próximo: Otras licencias](#) ▶

◀ [Características del programa](#)

La página **agregar otra licencia** tiene un menú desplegable donde puede seleccionar **Hogar familiar para adultos**, **Hogar de acogida** o **ninguno**, y **agregar comentarios**. Después de elegir la selección adecuada, haga clic/toque en **agregar**.

Agregar otra licencia

Si el hogar o centro está autorizado o certificado como hogar familiar para adultos o centro de acogida, seleccione la opción adecuada en el menú desplegable. En caso contrario, seleccione 'Ninguno' en el menú desplegable y pase a la página siguiente.

El titular de la licencia no podrá combinar el cuidado de los niños inscritos en el centro de cuidado infantil con el cuidado de otros niños o adultos no emparentados sin la aprobación previa por escrito de ambas agencias de licencias.

Detalles de otra licencia *

Comentarios

[Agregar](#)

Detalles de otra licencia

La página **otra licencia** ahora muestra la información que ingresó. También proporciona un botón para pasar a la sección **tasas regulatorias**.

Detalles de otra licencia

Si el hogar/centro está licenciado o certificado como hogar familiar para adultos o centro de acogida, debe figurar en esta lista. Si necesita agregar algo a la lista, seleccione «Agregar otra licencia» y siga las instrucciones de la página siguiente. De lo contrario, seleccione "Próximo: Tasas reguladoras" para continuar.

Descripción del programa	
Hogar De Acogida	Detalles/Datos
Agregar licencia	
Próximo: Tasas reguladoras	
Características del programa	

Si selecciona **detalles**, estará disponible una opción para **eliminar otra licencia**. La página también muestra los comentarios que agregó.

Detalles de otra licencia

Detalles de otra licencia

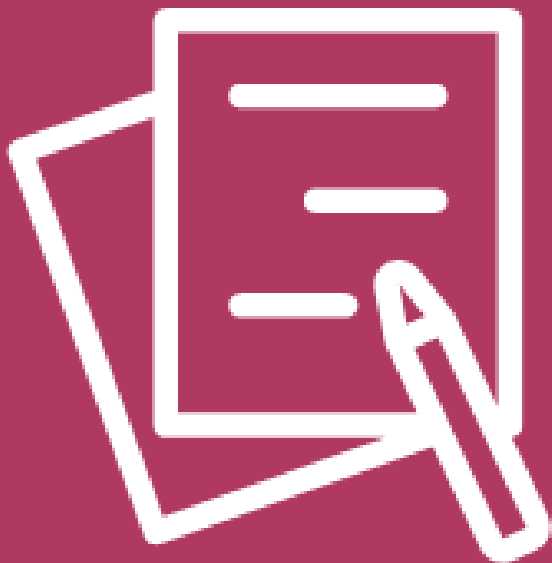
Descripción del programa

Hogar De Acogida

Comentarios

Eliminar otra licencia

Otras licencias



Revisar y enviar

Tasas Regulatorias

En **administrar tasas**, seleccione **tasas reglamentarias adeudadas** para realizar un pago o **tasas reglamentarias pagadas** para ver las tasas que ya pagó.

Los solicitantes de certificación fuera del condado de Milwaukee deberán pagar las tasas adeudadas directamente a la agencia de certificación.

Administrar tasas

Identificación de la instalación1124263

Identificación del proveedor FISN/A

Dirección1902 Basket Ln
Madison, WI 53705

Nombre de contactoCindy Chicago

Teléfono(608) 422-0000

[más](#)

Si desea hacer un pago por una tasa regulatoria que adeuda, seleccione el botón Tasas regulatorias adeudadas. Si desea ver las tasas que ya ha pagado, seleccione el botón Tasas regulatorias pagadas.

Si envía el pago por cheque o giro postal, siga las instrucciones de [Cómo pagar mi tasa](#)

Tasas reglamentarias adeudadas

Tasas reglamentarias pagadas

Próximo: Revisar

Revisar y enviar

Tasas regulatorias adeudadas

Tasas regulatorias adeudadas muestra las tasas adeudadas actualmente.

Para realizar un pago, **marque la casilla** para confirmar que está listo para proceder al **Portal de servicios de pago electrónico del Estado de Wisconsin**. Luego seleccione **Pagar el total adeudado o pagar otra cantidad**.

Tasas regulatorias adeudadas

Tasas regulatoria para esta ubicación

Fecha	Tipo de tasa	Saldo
3/20/2025	Licencia	(\$15.12)
Total adeudado:		\$15.12

☒ Marque aquí para confirmar que está listo para proceder al estado de Wisconsin - portal de servicios de pago electrónico.

Asegúrese de tener toda la información que necesita para realizar el pago. Una vez que se le dirija al portal de servicios electrónicos, no podrá volver atrás. Si sale de la página antes de completar su información bancaria o de tarjeta de crédito / débito, el pago no se enviará y no podrá enviar el pago nuevamente hasta el siguiente día hábil.

Pago total adeudado

Al seleccionar el botón **Pagar total adeudado** se le redirigirá a US Bank con dos opciones al ingresar los detalles de pago:

1. Transferencia electrónica de fondos desde su cuenta corriente o de ahorros. No hay ningún cargo adicional al elegir esta opción.
2. Pago con tarjeta de crédito o débito: Se le cobrará una tasa de conveniencia adicional del 2%.

Si paga a través de una cuenta corriente o de ahorros comercial, comuníquese con su banco para asegurarse de que la cuenta se pueda debitar por la cantidad que desea pagar, ya que algunas cuentas comerciales tienen restricciones de débito.

Pagar una otra cantidad

Administrar tasas

Serás enviado a un **sistema de pago electrónico**. Aquí configurará una cuenta y seleccionará una opción de pago.

Welcome to the Electronic Payment System

Please enter your User ID and Password and click Log In.

[Forgot Your User ID?](#)

[Forgot Your Password?](#)

Log In

[Register](#)

[Pay Without Registering](#)

powered by **usbank**

[Customer Service](#) | [Help](#) | [Privacy Policy](#) | [Security](#)

Tasas regulatorias pagadas

Cuando se realiza un pago, aparecerá en la página **tasas regulatorias pagadas**.

Janes February Fun
415 Popsicle Cir
Madison, WI 53703

Cerrar sesión
9800041019-001
Facility ID 1124264
FIS Provider ID N/A

Tasas regulatorias pagadas

Pagos de tasas regulatorias de los últimos tres años

Fecha	Tipo de tasas	Importe
No se han encontrado resultados.		

◀

📄 Administrar tasas

Aprender sobre DCF

Juntas públicas

Profesiones

Solicitar registros

Contáctenos

Wisconsin.gov

Prensa

Reportar el abuso infantil

Reportar fraude

View in English

Update SPA CWA Privileges

Wisconsin Department of Children and Families

Cuando **complete con tasas regulatorias**, puede seleccionar **administrar tasas** para regresar a la página **administrar tasas**. Allí puede seleccionar **próximo: Revisar** para continuar y **revisar su solicitud inicial**.

Tasas
reglamentarias
adeudadas

Tasas
reglamentarias
pagadas

▶

Próximo: Revisar

◀

Revisar y enviar

Revisión de la solicitud

La página **revisión de la solicitud** le muestra si falta alguna parte requerida de la solicitud inicial. En caso de que si, proporcionará la siguiente declaración:

Faltan algunos datos o son incoherentes. Por favor, revise todos los elementos con un signo de exclamación (!) junto a la etiqueta y corrijalos antes de enviarlos.

**Declaración
ausente o
incompleta**

**(!) Ubicación
de la
información
o documento
ausente**

Revisión de la solicitud

Faltan algunos datos o son incoherentes. Por favor, revise todos los elementos con un signo de exclamación (!) junto a la etiqueta y corrijalos antes de enviarlos.

Detalles de la solicitud	
Tipo de cuidado regulado	Familia Con Licencia
Modo de aplicación	Inicial
Fecha de entrada de la solicitud	03/20/2025
Estado de la aplicación	Solicitud en curso

Detalles del solicitante		Modificar
Nombre del solicitante	Jane February	
Número de la Seguro Social (NSS)	XXX-XX-0007	
Fecha de nacimiento	1/9/2000	
Teléfono Principal	(608)422-0000	
Correo electrónico	JaneF@email.com	
Dirección	229 Hamper St Madison, WI 53704	
¿Se necesita un traductor?	No	
Idioma del traductor		
FEIN		
Nombre del Negocio	Janes February Fun	

Detalles del negocio	
Tipo de negocio	Individual
Corporación / individual	Individual/Propietario único/Sociedad

Detalles de la ubicación		Modificar
Ubicación Condado	Condado De Dane	
Dirección	415 Popsicle Cir Madison, WI 53703	
Nombre de la instalación	Janes February Fun	
Nombre de la persona de contacto	Jane February	
Correo electrónico	JaneF@email.com	
Teléfono principal	(608)422-0000	
Teléfono secundario		
Buscapersonas		
Célula		
Seleccione el tipo de fuente de agua	Agua pública	
Si tiene un pozo privado, introduzca la fecha del análisis del agua más reciente		

Documentos de la ubicación	
! Lista De Verificación De Políticas Y Procedimientos documento obligatorio, Políticas documento obligatorio.	

Fecha de carga	Tipo del documento	
03/21/25	Lista De Verificación Para La Licenciado Inicial	Vista ►
03/20/25	Delegación De Autoridad / Cadena De Mando	Vista ►
03/20/25	Certificado De Zonificación	Vista ►

No podrá enviar su solicitud hasta que esto esté corregido.

Editar secciones

Incluso si **no falta ninguna declaración o está incompleta**, o no hay ni **ningún ícono (!)**, debe **revisar toda la información que ingresó** y asegurarse de que esté **correcta**. Si es necesario realizar cambios, en el **lado derecho de cada sección** seleccione **modificar información** o **vista los documentos**.

Mascotas en ubicación			
¿Se permiten mascotas en las zonas del centro accesibles a los niños durante las horas de atención?		Sí	
Resultados del seguimiento			
Acepto recibir los resultados del seguimiento por correo electrónico.		Sí	
Otra persona autorizada			
¿Hay alguna persona autorizada para firmar las solicitudes posteriores relativas a este centro en nombre del solicitante?		No	
Nombre del firmante autorizado			
Título del firmante autorizado			
Yo, propietario o presidente del consejo de administración, autorizo a la dirección del centro a firmar acuerdos y presentar documentación oficial relativa al centro al departamento en mi nombre.			
Documentos de prueba de radón			
Fecha de carga		Tipo del documento	
03/20/25		Pruebas Del Radón	
		Vista ▶	
Direcciones postales			Modificar
Tipo de dirección		Período de empleo	Dirección
La Dirección Postal Para Licencias		03/20/25	Jane February 415 Popsicle Cir , Madison, WI 53703 (608)422-0000 JaneF@email.com
Detalles operativos solicitados			Modificar
Meses abiertos	Días abiertos	Capacidad diaria	Capacidad Noche
enero-diciembre	lu.-vi. 7:00AM - 5:00PM sáb.-do. Cerrado	7	0
Edades servidas solicitadas			Modificar
A partir de la edad		3 año(s), 0 mes(es), 0 semana(s)	
A la edad		9 año(s), 11 mes(es), 0 semana(s)	
Individuales			Modificar
Nombre	Función(es)	Período de empleo	Estado de la verificación de antecedentes
! Allie Appleton	Instructor		
Hermit Crab	Maestro - Asistente	12/26/24	
Jane February	Solicitante/Licenciario	03/20/25	
Mascotas			Modificar

Seleccionar
ver
documentos

Editar para
ajustar la
información

Envío de su solicitud inicial

Cuando haya completado la revisión de su solicitud, continúe con **Enviar su Solicitud Inicial**.

Lea y coloque marcas de verificación en las declaraciones.

Coloque una marca de verificación para **aceptar pagar la tasa de regulación**. Introduzca su nombre como **firma electrónica**. Agregue su **título de firma** (solicitante). Seleccione **enviar**.

Presentación de solicitudes

Detalles de la solicitud

Tipo de cuidado regulado	Familia Con Licencia
Modo de aplicación	Inicial
Fecha de entrada de la solicitud	3/20/2025
Estado de la aplicación	Solicitud en curso

☒ Autorizo al Departamento de Niños y Familias a solicitar y recibir cualquier información que sea apropiada y necesaria para la administración de los requisitos de regulación y licencias para programas de cuidado infantil y campamentos diurnos. Las fuentes de información pueden incluir, pero no se limitan a, la Oficina Federal de Investigación de Información de Justicia Penal, el Departamento de Correcciones, el Departamento de Justicia, la División de Seguro de Desempleo, el Departamento de Regulación y Licencias, el Servicio de Impuestos Internos, el Departamento de Ingresos, el Departamento de Transporte, el Sistema de Colegios Técnicos de Wisconsin o cualquier otra institución educativa, los departamentos del condado de servicios sociales / humanos, las agencias policiales, y los empleadores actuales o anteriores. La información de identificación personal recopilada en este formulario puede utilizarse, en parte, mediante cotejo informático para verificar la información con los departamentos, agencias y empleadores identificados anteriormente.

☒ Reconozco haber recibido las normas de licencia para centros familiares de cuidado infantil (DCF 250, Wis. Admin. Code) y acepto la responsabilidad legal de cumplir con todas las normas administrativas promulgadas por el departamento bajo la autoridad de s.48.67, Wis. Stats. Con mi firma, expreso mi voluntad de proporcionar a la agencia de licencias del departamento información para verificar si se cumplen o no los requisitos para obtener una licencia y, además, autorizo al departamento a realizar las investigaciones que sean necesarias para verificar estos factores, incluido el acceso a las instalaciones en cualquier momento durante el horario de licencia.

☒ Entiendo que, de conformidad con s.48.66(2m), Wis. Stats., es obligatorio facilitar mi número de identificación patronal federal (FEIN) o mi número de la seguridad social (SSN), y que el incumplimiento de s.48.66(2m) puede dar lugar a la denegación de esta solicitud. La información personal que facilito puede utilizarse para fines secundarios [Ley de Privacidad, s.15.04(1)(m), Estatutos de Wisconsin]. Mi SSN / FEIN, así como otra información que doy al departamento, está sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales o locales de licencias.

☒ Entiendo que mi solicitud no será procesada hasta que todas las cuotas, confiscaciones o evaluaciones relacionadas con cualquier licencia emitida por el departamento sean pagadas.

☒ Afirmo que, a mi leal saber y entender, todas las declaraciones hechas en esta solicitud y en cualquier documento adjunto son verdaderas y correctas. Entiendo que no presentar información correcta o veraz u omitir información es motivo de denegación, revocación u otra sanción en virtud de la autoridad de los estatutos o códigos administrativos aplicables. Las declaraciones creíbles hechas al departamento que contradigan la información que proporciono en mi declaración escrita también pueden ser motivo de denegación, revocación u otra sanción de mi licencia.

☒ Cumpliré todas las leyes, normas y reglamentos. Comprendo y acepto que, como titular de la licencia, soy responsable de garantizar que toda persona empleada en mi centro de cuidado infantil o que desempeñe cualquier función en el funcionamiento de mi centro de cuidado infantil cumpla con todas las leyes y reglamentos relacionados con los centros de cuidado infantil, incluidos, entre otros, los siguientes: ch. 48 Children's Code de Wisconsin Statutes; chs. DCF 250 Family Child Care Centers, DCF 13 Background Checks for Child Care Programs y DCF 201 Administration of Child Care Funds of the Wisconsin Administrative Codes; y s.7 CFR 226 Child and Adult Care Food Program del Reglamento Federal del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Además, comprendo y acepto que, como titular de la licencia, puedo ser considerado legalmente responsable en virtud de las leyes y reglamentos de concesión de licencias por cualquier acción u omisión de cualquier persona que esté empleada en mi centro de cuidado infantil o que tenga cualquier función en el funcionamiento de mi centro de cuidado infantil. Entiendo y acepto que el incumplimiento puede resultar en una acción de cumplimiento contra mi licencia de cuidado infantil incluyendo, pero no limitado a, la revocación, denegación o la evaluación de confiscación.

S_I understand that my electronic signature is the legal equivalent of having placed my handwritten signature on the submitted document and its attestations. I understand that by providing my signature below I am attesting, under penalty of law, that the information provided is truthful and accurate to the best of my knowledge. By signing below, I attest I am the licensee (i.e.: the owner) and am legally authorized to submit this application. I understand that knowingly providing false information or omitting information may result in my not being eligible to hold a license or certificate to operate, reside at or be employed at a child care center, and that I may be subject to forfeitures and other sanctions as provided by law.

Tasa de reglamento * ☒ Acepto pagar por cheque o giro bancario de acuerdo con [Cómo pagar mi tasa.](#)

Fecha de la firma 3/21/2025

Escriba su nombre para una firma electrónica *

Título del firmante *

Enviar

Después de enviar su solicitud inicial

Después de enviar su solicitud inicial, se abrirá la página **contactos**. Esto le informa que la solicitud se procesará en el orden en que se reciba y después de realizar los pagos. Proporciona enlaces para instrucciones de pago y ayuda con preguntas inmediatas que pueda tener.

Contactos

Información de contacto

Las solicitudes se tramitarán en el orden en que se recibieron y después del pago total de todas las tasas debidas al Departamento.

Para pagar con cheque o giro postal, siga las instrucciones de [Cómo pago mi tasa](#).

Si tiene preguntas inmediatas, póngase en contacto con el [Oficina regional](#) en su zona.

 **Revisar y enviar**


[Aprender sobre DCF](#) [Juntas públicas](#) [Profesiones](#) [Solicitar registros](#) [Contáctenos](#) [Wisconsin.gov](#) [Prensa](#)
[Reportar el abuso infantil](#)
[Reportar fraude](#)


El estado de su solicitud inicial ahora será **solicitud presentada sin pago o solicitud enviada**.


Revisar y enviar


Detalles de la solicitud


Tipo de cuidado regulado	Familia Con Licencia
Modo de aplicación	Inicial
Fecha de entrada de la solicitud	03/20/2025
Estado de la aplicación	Solicitud presentada sin pago


 Tasas reguladoras

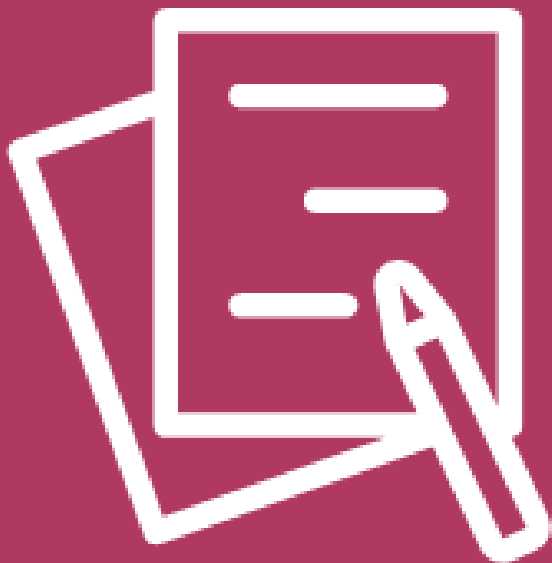
 Revisar

 Enviar solicitud

 Dar de baja la solicitud

 Contactos

 **Solicitud**



Retirar su solicitud inicial

Retirar su solicitud inicial

Tiene la opción de retirar su solicitud inicial. Para hacerlo, seleccione **Dar de baja la solicitud**. Se abrirá la página **retirar solicitud**.

The screenshot shows the 'Revisar y enviar' (Review and Send) page. At the top, there's a header 'Revisar y enviar' and a menu icon. Below it is a section titled 'Detalles de la solicitud' (Request Details) with the following information:

Tipo de cuidado regulado	Familia Con Licencia
Modo de aplicación	Inicial
Fecha de entrada de la solicitud	03/20/2025
Estado de la aplicación	Solicitud presentada sin pago

Below the details are five buttons: 'Tasas reguladoras' (with a dollar sign icon), 'Revisar' (with a magnifying glass icon), 'Enviar solicitud' (with check and X icons), 'Dar de baja la solicitud' (with check and X icons, highlighted with a red box), and 'Contactos' (with a person icon). At the bottom, there's a navigation bar with a back arrow, a progress indicator, and the label 'Solicitud'.

Se le pedirá que **confirme el retiro**. Si el estado de su solicitud inicial está pendiente, su estado cambiará a **solicitud inicial retirada**. **Sin embargo, recomendamos encarecidamente comunicarse con una agencia pre-licencia o certificación antes de retirarse**. Ellos pueden **ayudarlo con cualquier problema que tenga y mantener activa su solicitud inicial**.

Si su solicitud inicial ya **se envió** cuando se retira, se **asignará** un especialista en licencias o certificación **para comunicarse con usted**. Ellos le ayudarán con cualquier **pregunta o inquietud** que tenga. La intención es **ayudarlo** y mantener activa su solicitud inicial.

The screenshot shows the 'Retirar la solicitud' (Withdraw Request) page. At the top, there's a header 'Retirar la solicitud' and a menu icon. Below it is a section titled 'Detalles de la solicitud' (Request Details) with the same information as the previous page:

Tipo de cuidado regulado	Familia Con Licencia
Modo de aplicación	Inicial
Fecha de entrada de la solicitud	3/20/2025
Estado de la aplicación	Solicitud presentada sin pago

Below the details is a checkbox with the text: 'Certifico que, a mi leal saber y entender, los datos consignados son ciertos y que cumplimiento este formulario en mi nombre' (I certify that, to the best of my knowledge and understanding, the data provided is true and that I am completing this form in my name). Below the checkbox is a button labeled 'Dar de baja la solicitud' (Withdraw Request). At the bottom, there's a navigation bar with a back arrow, a progress indicator, and the label 'Revisar y enviar'.



Información adicional

Enlaces útiles



[Guía de solicitud en línea para la certificación de cuidado infantil familiar](#)



[Guía de solicitud en línea para cuidado infantil en campamentos de día, grupos y familias](#)



[Portal para Proveedores de Cuidado Infantil Guía de Usuario](#)



[Certificación de cuidado infantil en Wisconsin](#)



[Cómo iniciar una guardería infantil autorizada](#)



[Información del portal para proveedores de cuidado infantil](#)



[Preparando Documentos para Subirlos](#)



[Portal para Proveedores de Cuidado Infantil, \(CCPP\) Guía de Usuario](#)