

Date Fee Received:	Amount: \$	Check/MO Number:	Staff Initials:	Expiration Month:
--------------------	---------------	------------------	-----------------	-------------------

DO NOT WRITE ABOVE THIS LINE – OFFICIAL USE ONLY (No escriba por encima de esta línea – solo para uso oficial)



OIG-DRCC-03 (Spanish)  
R. 11/2023  
922 KAR 2:100

**ESTADO DE KENTUCKY**  
**GABINETE PARA SERVICIOS DE SALUD Y DE LA FAMILIA**  
**Oficina del Inspector General**  
**División del Cuidado Infantil Regulado**

**SOLICITUD INICIAL DE CERTIFICACIÓN DEL HOGAR FAMILIAR PARA EL CUIDADO INFANTIL**

**Instrucciones:** Toda la información en esta solicitud debe ser correcta y verídica. Llene esta solicitud íntegramente según resulte pertinente. No todas las secciones son pertinentes. No se tramitarán las solicitudes incompletas. Haga el favor de contactar a la División de Cuidado Infantil si tiene alguna duda respecto a esta solicitud.

<b>SECCIÓN 1: DOC. DE IDENTIDAD DEL PROVEEDOR</b> (Se exige una copia de un <b>Carné de ID con foto o del Acta de Nacimiento</b> )			
ESTA SECCIÓN SE DEBE LLENAR ENTERA			
¿Ha solicitado los beneficios del programa de alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre (Nombre Segundo nombre (Apellido de soltera) Apellido(s):		Número de teléfono: ( )	
		Número de celular: ( )	
		Número de fax: ( )	
Dirección física del hogar familiar para el cuidado Infantil (domicilio físico):	Ciudad:	Condado:	Código postal:
Dirección física del hogar familiar para el cuidado infantil (si es diferente de la física):	Ciudad:	Condado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico (obligado):		Fecha de nacimiento:	
Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) legalmente <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>		Número de Seguro Social:	
		Número Federal de Identidad del Empleador (FEIN):	
Días y horario de operación:			
<input type="checkbox"/> Cuidados 24/7 <input type="checkbox"/> Horario no convencional			
	DOM	LUN	MAR
	MIÉRC	JUEV	VIER
	SÁB		
Abre a las: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	_____	_____	_____
Cierra a las: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	_____	_____	_____
Meses de operación:			
<input type="checkbox"/> Durante el curso escolar solamente			
<input type="checkbox"/> Los 12 meses del año/todo el año			
<input type="checkbox"/> Otro _____			
Cantidad total de niños bajo cuidados (incluidos los niños que tienen algún vínculo con el proveedor):	Cantidad de lactantes (0 – 12 meses):	Cantidad de niños (1 año – 6 años):	Cantidad de niños (7 años – 12 años):

**SECCIÓN 2: UBICACIÓN – TIPO DE EDIFICACIÓN** (marque una)

Casa       Apartamento       Dúplex       Condo       Casa modular/rodante

¿Es usted  dueño de su casa o  alquila?      ¿Es el domicilio una vivienda de Sección 8?  Sí  No

*Si alquila, proporcione a continuación confirmación de que tiene el permiso de su casero para operar un hogar de cuidado infantil.*

Nombre y <b>firma</b> del <b>Casero</b> /del Dueño de la Vivienda (En letra de molde):	Correo electrónico:	Número de teléfono:	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**SECCIÓN 3: ANIMALES**

¿Tiene usted animales/mascotas en su hogar?  Sí       No

Tipo(s) de animales: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4: ASISTENTES/SUSTITUTOS** (son obligatorios si se opera por más de 16 horas en un período de 24 horas)

**Ponga los nombres de los adultos que trabajan de asistentes/sustitutos** (brindando cuidado infantil):

(Use una hoja o papel adicional para poner más nombres de adultos de ser necesario)

Nombre Completo (Nombre Segundo nombre (Apellido de soltera) Apellido(s))	Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Vínculo	Días de la semana y Horas del día en el hogar

**SECCIÓN 5: NIÑOS**

**Ponga los nombres de sus propios niños, nietos, sobrinos, hijastros y menores bajo su custodia legal que no lleguen a los dieciocho (18) años y que estén en su hogar durante el horario de operación.** (incluidos los días en que no hay escuela)

Nombre Completo (Nombre Segundo nombre (Apellido de soltera) Apellido(s))	Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Vínculo	Días de la semana y Horas del día en el hogar

**SECCIÓN 6: ADULTOS EN EL HOGAR**

**Ponga los nombres de los adultos fuera de usted que tengan dieciocho (18) años o más y que residan en su hogar:**

(Use una hoja o papel adicional para poner más nombres de adultos de ser necesario)

Nombre Completo (Nombre Segundo nombre (Apellido de soltera) Apellido(s))	Número de Seguridad Social	Fecha de Nacimiento	Vínculo	Días de la semana y Horas del día en el hogar

**SECCIÓN 7: ATESTACIÓN** (Lo deben llenar todos los solicitantes)

¿Tiene el(la) solicitante de la certificación derecho de propiedad en un centro de cuidado infantil o en un hogar familiar para el cuidado infantil que en estos momentos esté suspendido, excluido, cancelado o retirado involuntariamente de la participación en el Programa de Ayuda con el Cuidado Infantil o de algún otro programa de ayuda gubernamental como resultado de fraude o abuso del programa?

Sí  No Si la respuesta es sí, haga el favor de explicar por qué.

¿Tiene el(la) solicitante de la certificación algún compromiso de empleo o de naturaleza vocacional, ya sea remunerado o no remunerado, que no sea el hogar familiar certificado para el cuidado infantil al que se hace referencia en esta solicitud?

Sí  No Si la respuesta es sí, haga el favor de explicar por qué.

¿Es la dirección asociada aquí al hogar familiar para el cuidado infantil el lugar de residencia principal del(de la) solicitante?

Sí  No Si la respuesta es no, haga el favor de explicar por qué.

Conforme a lo dispuesto en el 922 KAR 2:100 Sección 18(7), todo proveedor de un hogar familiar certificado para el cuidado infantil ha de tener un plan de evacuación por escrito, el cual se debe actualizar todos los años.

Conforme a lo dispuesto en el 922 KAR 2:100 Secciones 2(11) o 19(10), estoy consciente de que es mi obligación notificar inmediatamente a la Oficina del Inspector General de cualquier acción o cambio que repercuta significativamente en la operación del hogar familiar certificado para el cuidado infantil.

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) establece que toda información personal médica de carácter identificable se debe proteger de divulgación y se ha de mantener de un modo que evite su divulgación accidental al público general y que por lo demás salvaguarde la privacidad de dicha información. Su firma en esta solicitud indica que usted se compromete a cumplir con todos los requisitos de la HIPAA mediante la protección de la confidencialidad de la información médica de los empleados y los niños que esté en su posesión.

Estoy consciente de que la Oficina del Inspector General está facultada para inspeccionar el recinto, el hogar familiar certificado para el cuidado infantil y la información de archivo según lo establece el 922 KAR 2:100. Todas las inspecciones de los hogares familiares certificados para el cuidado infantil se realizarán sin avisar.

La falsificación de la información de la solicitud, incluida la documentación suplementaria pertinente, constituye una razón válida para denegar o revocar la certificación necesaria para operar un hogar familiar para el cuidado infantil. Su firma en esta solicitud indica su comprensión y conformidad con esta ley.

Mediante la presente, doy fe bajo pena de perjurio de que la información contenida en esta solicitud es correcta y verídica.

La presente solicitud se puede retirar en cualquier momento si el(la) solicitante así lo desea.

**He leído y entiendo los requisitos de certificación de los hogares familiares para el cuidado infantil conforme a lo especificado en el 922 KAR 2:100.**

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre completo en letra de molde

La solicitud debe ir acompañada de un cheque certificado, un cheque comercial o un giro bancario no reembolsables y pagaderos a “**Kentucky State Treasurer**” por la cantidad de \$10.00.

Sáquele una copia a la solicitud ya llena y envíe por correo postal la **solicitud** original junto con las copias de cualquier **documentación** pertinente, más la **tarifa establecida** a:

**Office of Inspector General  
Division of Regulated Child Care  
275 E. Main Street, 5 E-F  
Frankfort, KY 40621**

**(Haga el favor de adjuntar a su solicitud copias de todos los documentos y quédese con los originales como constancia)**

- Solicitud (OIG-DRCC-03)
- Tarifa de certificación no reembolsable de \$10 (cheque o giro bancario pagadero a Kentucky State Treasurer)
- Certificado médico
- Resultados de prueba de tuberculosis de todos los adultos en el hogar (incluidos los sustitutos o asistentes)
- Resultados del Programa de Chequeo a Nivel Nacional de Antecedentes (incluidos los sustitutos o asistentes)
- Aprobación por escrito de zonificación local
- Diploma de bachillerato, GED o algún otro documento auténtico como constancia del nivel educacional
- Dos referencias personales por escrito

**Cómo notificar a la DRCC sobre los cambios:**

(incluya número de certificado y su firma en todas las solicitudes)

**Cambio de nombre**

- Solicitud por escrito
- Copia de la licencia de conducir o de la tarjeta de seguro social con el nuevo nombre

**Cambio de ubicación/dirección**

- Solicitud por escrito
- Aprobación por escrito de zonificación local

**Agregar el nombre de un adulto en el hogar y/o agregar el nombre de un sustituto o asistente**

- Solicitud por escrito
- Resultados de la prueba de tuberculosis
- Resultados del Programa de Chequeo a Nivel Nacional de Antecedentes

**Retirar el nombre de un adulto en el hogar**

- Solicitud por escrito

**Retirar el nombre de un sustituto o asistente en el hogar**

- Solicitud por escrito
- Último día de empleo

**Notificación de cierre**

- Solicitud por escrito
  - Incluya
    - número de certificación
    - último día de operación
    - firma del propietario

Todos los cambios se deben remitir a:

**Office of Inspector General  
Division of Regulated Child Care  
275 E. Main Street, 5 E-F  
Frankfort, KY 40621  
chfsoigrccportal@ky.gov  
Fax #: 502-564-9350**