

Solicitud del Pariente Proveedor de Cuidado Infantil Registrado en el Hogar del Proveedor

Mr.

Ms.

_____ (Nombre) (Segundo nombre) (Nombre de soltera) (Apellido(s))

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de tfno. de casa (____) _____ N.º de celular/de contacto de emergencia: (____) _____

Dirección de la calle: _____
(No ponga ningún apartado postal (P.O. Box) en esta línea.)

Dirección postal: _____ (si es diferente)

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado en el que vive(n) el(los) niño(s): _____

Dirección del lugar en el que se brindan los cuidados: _____

Correo electrónico: _____

N.º de teléfono del lugar en el que se brindan los cuidados: (____) _____

No se le pagará hasta que se RECIBAN, TRAMITEN Y APRUEBEN todos los formularios de requisitos y de inscripción

Mencione todos los menores de dieciocho (18) que estarán en el hogar del menor en el que usted brinda los cuidados. (Anexe otra hoja si se le acaba el espacio).

Nombre del menor (Nombre, segundo nombre, Apellido(s))	Fecha de nacimiento	Parentesco o relación con usted

Solicitud del Pariente Proveedor de Cuidado Infantil Registrado en el Hogar del Proveedor

Declaración el proveedor de cuidado infantil (Favor de marcar todas las casillas)

- Doy fe de que ni yo ni nadie que tenga mi permiso para estar en mi hogar en el horario de operación hemos sido sentenciados ni hemos sido objeto de alguna denuncia sustanciada por abuso, negligencia o explotación perpetrados contra un menor ni tenemos problemas de consumo excesivo de bebidas alcohólicas o de consumo de drogas ilícitas. Estoy consciente de que el Departamento para Servicios Basados en la Comunidad revisará la documentación de archivo para determinar si yo o algún miembro de mi núcleo familiar hemos sido alguna vez objeto de alguna denuncia de abuso, negligencia o explotación perpetrados contra un menor que haya sido sustanciada por el Gabinete.
- Me comprometo a no usar ningún tipo de lenguaje abusivo ni de abuso físico conforme a lo dispuesto en el 922 KAR 1:330, Servicios de protección a menores.
- He leído y entendido que no se me autorizarán pagos de cuidado infantil subsidiado a menos que se satisfagan todos los requisitos de inscripción. Estoy consciente de que no soy ni empleado ni contratista del Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia. Doy fe de que toda la información proporcionada en este formulario de solicitud está completa y correcta. Tengo claro que, si doy información falsa o encubro información, puedo ser objeto de enjuiciamiento por fraude.
- Estoy consciente de que el Programa de Asistencia con el Cuidado Infantil no pagará por servicios brindados a más de seis (6) niños emparentados conmigo. Estoy consciente de que la cantidad máxima de niños que puedo cuidar en el horario de operación es ocho (8) niños, y que dicha cantidad incluye a mis propios niños y a cualquier otro niño que esté emparentado conmigo. Estar emparentado significa el tener alguno de los siguientes parentescos con el pariente proveedor registrado: nieto, bisnieto, sobrino o hermano si el pariente proveedor registrado vive en un domicilio aparte.**
- Estoy consciente de que debo proporcionar constancia de que he recibido una hora y media (1 ½) de capacitación sobre el Síndrome del Niño Sacudido, certificación de Reanimación Cardiopulmonar y Primeros Auxilios acordes a la edad y capacitación en facturación del programa CCAP y el DCC-94E Registro de Asistencia Diaria del Cuidado Infantil.**

Fecha

Firma del solicitante para ser proveedor de cuidado infantil