

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA  
 Administración de Cuidado de Niños  
**ACUERDO SOBRE PROVEEDORES ALTERNATIVOS**

NOMBRE DEL PROVEEDOR (*Nombre de pila, segundo nombre, apellido*) O NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Yo utilizaré a mi proveedor reemplazante solamente cuando:

- Cuando me encuentre enferma(o);
- Cuando tenga que atender alguna urgencia relacionada con la provisión de cuidado de niños;
- Cuando yo o algún miembro dependiente de mi familia tenga una situación de urgencia;
- Cuando yo o algún miembro dependiente de mi familia tenga que asistir a una cita que, aunque no sea urgente, no se pueda cambiar para alguna otra hora de las horas regulares de cuidado de niños;
- Cuando asiste yo a clases necesarias para cumplir mis requisitos de entrenamiento; o
- Cuando yo esté de vacaciones.

Entiendo que el reemplazo de mis servicios de cuidado tiene que efectuarse en un local con licencia o certificación para cuidar niños, y que es mi responsabilidad compensar a quien me reemplace.

Al momento de la matrícula informaré a los padres o guardianes sobre los acuerdos que he hecho para mi reemplazo, para que puedan hacer otros arreglos si desean, y daré copia de este acuerdo a los padres y guardianes de los niños que reciben servicios de cuidado certificados por el DES.

Veinticuatro horas antes de yo necesitar a mi reemplazante, lo informaré a mi Especialista en Certificación de Cuidado de Niños y a los Padres/Guardianes.

Si necesito conseguir a otra persona para reemplazarme, lo avisaré a mi Especialista en Certificación de Cuidado de Niños y a los Padres/Guardianes y les proveeré con un acuerdo nuevo sobre proveedores alternativos

Entiendo que es responsabilidad mía conseguir para reemplazarme a un adulto competente quien cumpla todos los requisitos que dispone R6-5-5202 para proveedores reemplazantes.

Si mi proveedor reemplazante no estuviera disponible en una urgencia, avisaré de inmediato a mi Especialista en Cuidado de Niños y conseguiré aprobación previa para usar a otro proveedor reemplazante aceptable para el departamento.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS	FECHA
---	-------

**EL PROVEEDOR REEMPLAZANTE LLENARÁ LA SECCIÓN SIGUIENTE**

NOMBRE DEL PROVEEDOR (*Nombre de pila, segundo nombre, apellido*) O NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

DIRECCION (*calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP*)

CODIGO DE AREA Y TELEFONO (            )	HORAS QUE ESTÉ DISPONIBLE
---	---------------------------

**Favor de marcar una cajita y firmar y fechar en la línea apropiada abajo.**

- Centro de Cuidado de Niños autorizado por el Departamento de Servicios de Salud (DHS)       Hogar en Grupo autorizado por DHS  
 Sé que mi institución de cuidado de niños proporciona servicio reemplazante al proveedor mencionado arriba.

FIRMA DEL DIRECTOR(A) O DUEÑO(A) DE LA INSTITUCIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS	FECHA
--	-------

- Proveedor Individual Reemplazante  
 Tengo 18 año o más y, entiendo los reglamentos específicos con respecto a mis responsabilidades definidos arriba. Entiendo que tengo que proporcionar evidencia de mi archivo de inmunizaciones y pruebas de TB inicial y anuales. Sé que estoy sujeta(o) a una investigación por parte de Servicios Protectores para Menores (CPS) y huellas dactilares para una investigación de antecedentes criminales. Sé que mi capacidad para ofrecer servicios de cuidado de niños como proveedor reemplazante depende del resultado de la investigación de antecedentes criminales por parte de CPS. Entiendo que debo mantener al día mi Certificación de Primeros Auxilios/CPS para ofrecer servicios como reemplazo del proveedor mencionado arriba.

FIRMA DEL PROVEEDOR REEMPLAZANTE	FECHA
----------------------------------	-------

Vea al reverso para las declaraciones de EOE/ADA

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con: (602) 542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. Available in English.