

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN COMO PROVEEDOR FAMILIAR DE CUIDADO DE NIÑOS**

NOMBRE COMPLETO LEGAL DEL SOLICITANTE (Apellido, nombre, segundo nombre) \_\_\_\_\_ FECHA DE RECIBO POR EL DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO Y CÓDIGO DEL ÁREA. \_\_\_\_\_ NÚM. DE SEG. SOC. \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_  
 ( )

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (Núm., calle, ciudad, estado, C. P.) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL DEL SOLICITANTE (Si es diferente del domicilio) \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN ELECTRÓNICA \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A LA CASA \_\_\_\_\_ IDIOMA PREFERIDO \_\_\_\_\_

RAZA DEL SOLICITANTE (Usted puede indicar voluntariamente su raza y origen étnico) \_\_\_\_\_ ETNIA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

AI (Amerindio/a o Indígena/a de Alaska)  AS (Asiático/a)  BL (Negro/a o Afroamericano/a)  Hispánico/a  
 NH (Indígena/a de Hawái u otro isla del Pacífico)  WH (caucásico/a)  Sí  No

¿Es usted ciudadano de los EE. UU.?  Sí  No En caso negativo, ¿tiene autorización para trabajar legalmente en los EE.UU.?  Sí  No Se requerirá que suministre documentación.  
 ¿Es usted un miembro inscrito con una tribu Amerindia?  Sí  No Si es así, ¿cuál tribu? \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE**  
 TODOS LOS NOMBRES QUE USTED HA USADO (Escriba nombres completos, apellido de soltera, apodos, alias, otras ortografías, otros apellidos de casada) \_\_\_\_\_

**MATRIMONIOS ANTERIORES**  Sí  No **MATRIMONIOS PREVIOS**  Sí  No  
 Si marcó 'sí', enumere todos los nombres de los anteriores cónyuges. Si marcó 'sí', enumere todos los nombres de los anteriores cónyuges.

Solicitante: \_\_\_\_\_ Cónyuge: \_\_\_\_\_

**MIEMBROS DEL HOGAR**

(Incluya a su cónyuge. Utilice nombres completos, apellidos de soltera, apodos y otros apellidos de casada, etc.)

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Núm. de Seg. Soc.	Relación al solicitante	Tiene 18 años o más
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Utilice el CC-200-A-S para enumerar los miembros adicionales de hogar y los hijos adultos y menores que están fuera del hogar. Entiendo que a cualquier persona que esté en mi hogar durante 21 días o más, se le considerará como un miembro de mi hogar. También entiendo que lo anterior no habrá de ser el único criterio para considerar quién es un miembro de mi hogar.

**HIJOS ADULTOS Y MENORES FUERA DEL HOGAR**

(Incluya a los hijos e hijastros del cónyuge. Utilice nombres completos, apellidos de soltera, apodos y otros apellidos de casado, etc.)

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Núm. de Seg. Soc.	Relación al solicitante	Tiene 18 años o más
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material 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 en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios de DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.

NOMBRE COMPLETO LEGAL DEL SOLICITANTE (Apellido, nombre, segundo nombre)

**REFERENCIAS**

Por favor, proporcione los nombres de al menos cinco adultos, **sin parentesco con usted**, quienes lo hayan conocido por lo menos un año y que puedan suministrar información referente a su capacidad **para cuidar de y criar a menores**

1. NOMBRE (Apellido, nombre, S. I.)	NÚM. DE TELÉFONO Y CÓDIGO DE ÁREA ( )
DIRECCIÓN COMPLETA (Núm., calle, ciudad, estado, C. P.)	IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español
2. NOMBRE (Apellido, nombre, S. I.)	NÚM. DE TELÉFONO Y CÓDIGO DE ÁREA ( )
DIRECCIÓN COMPLETA (Núm., calle, ciudad, estado, C. P.)	IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español
3. NOMBRE (Apellido, nombre, S. I.)	NÚM. DE TELÉFONO Y CÓDIGO DE ÁREA ( )
DIRECCIÓN COMPLETA (Núm., calle, ciudad, estado, C. P.)	IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español
4. NOMBRE (Apellido, nombre, S. I.)	NÚM. DE TELÉFONO Y CÓDIGO DE ÁREA ( )
DIRECCIÓN COMPLETA (Núm., calle, ciudad, estado, C. P.)	IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español
5. NOMBRE (Apellido, nombre, S. I.)	NÚM. DE TELÉFONO Y CÓDIGO DE ÁREA ( )
DIRECCIÓN COMPLETA (Núm., calle, ciudad, estado, C. P.)	IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español

**VIVIENDA**

Propia  alquila  casa  apartamento  casa rodante  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Si alquila, un solicitante debe obtener permiso por escrito del propietario.

**PROVEEDOR SUPLENTE DE CUIDADO DE NIÑOS**

El proveedor suplente tiene que tener como mínimo 18 años de edad y debe poder ir a su casa cuando sea necesario para proveer el cuidado, cuando usted tenga que estar fuera del hogar para consultas médicas, capacitación en cuidado de niños, emergencias, etc. Si usted utiliza como una alternativa un centro de cuidado de niños, un hogar comunitario de DHS o un Proveedor familiar de cuidado de niños certificado por el DES; también se puede prestar el cuidado en la instalación alternativa.

NOMBRE DEL PROVEEDOR SUPLENTE (Apellido, nombre, S. I.)	APELLIDOS DE SOLTERA, APODOS Y OTROS APELLIDOS DE CASADA, ETC.	NÚM. DE TELÉFONO Y CÓDIGO DE ÁREA ( )
DIRECCIÓN (Núm., calle, ciudad, estado, C.P.)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. DE SEG. SOC.

**REQUISITOS PARA LOS PROVEEDORES**

Los proveedores, los miembros de sus hogares y los proveedores suplentes tienen que estar acreditados por las bases de datos del Centro de Registro de los Servicios de Protección al menor y CHILDS. El proveedor debe suministrar la comprobación de inmunidad contra enfermedades transmisibles para las cuales existen vacunas de rutina que están disponibles fácilmente y sin riesgo (se aplica al proveedor, al proveedor suplente y a los hijos del proveedor que sean menores de 13 años). El proveedor, el proveedor suplente y todos los miembros del hogar del proveedor tienen que tener una prueba de TB negativa cada año. El proveedor tiene que someterse a una entrevista y a todos los adultos se les tiene que tomar las huellas digitales. El proveedor y el suplente tienen que tener capacitación en RCP para bebés y niños y en los procedimientos de primeros auxilios dentro de los 60 días de terminar la certificación. Un solicitante habrá de cumplir con todos los requisitos del Artículo 52 y autorizar al Departamento a obtener información adicional según sea necesario para determinar la capacidad del solicitante de cumplir con estos requisitos.

Los proveedores tienen la responsabilidad de mantener un seguro adecuado de responsabilidad civil contra terceros para el cuidado de niños. Además, si el proveedor planea transportar a los menores bajo su cuidado, el proveedor tiene la responsabilidad de mantener por lo menos el seguro mínimo de responsabilidad civil contra terceros para el(los) carro(s) utilizado(s) para llevar a los menores bajo cuidado y de tener cinturones de seguridad y asientos de seguro para menores conforme a la ley.

**CUMPLIMIENTO CON LA POLÍTICA DE NO DISCRIMINAR**

Las leyes y regulaciones federales prohíben la discriminación o la denegación de beneficios o la participación en los Servicios por Contrato sobre la base de raza, color de piel, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad o creencias políticas; en los programas que reciban asistencia financiera federal. Este Departamento ha establecido un procedimiento de quejarse. Si usted cree que se le ha discriminado debido a su raza, color de piel, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad o creencias políticas, pida un Formulario de Solicitud de Audiencia (FA-503). El trabajador le ayudará a llenar el formulario. Cualquier falsa declaración intencional de los hechos en esta solicitud, resultará en la denegación de la solicitud o la revocación del certificado o licencia.

**FIRMA**

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------