

PETICIÓN PARA EL RETIRO O TERMINACIÓN DE SOLICITUD
Para Proveedores de Cuidado de Niños

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE (<i>Apellido, nombre, inicial del Segundo nombre</i>)	NÚM. DE TELÉFONO. (<i>Incluye el código de área</i>)
DOMICILIO (<i>Núm., calle, ciudad, estado, código posta.</i>)	

TIPOS DE PETICIONES PARA EL RETIRO O TERMINACIÓN DE SOLICITUD
(Marque y llene solamente una sección)

Sección A – Yo deseo retirar mi solicitud de audiencia imparcial.

NÚMERO DEL PROVEEDOR	NÚMERO DE LA APELACIÓN
P	

Sección B – Yo deseo retirar mi solicitud de Ser un Proveedor Certificado por DES para Proporcionar Cuidado de Niños en Casa.
 Entiendo que esta solicitud dará como resultado el cierre o denegación de mi solicitud.

FECHA DE SOLICITUD

Sección C – Yo deseo terminar mi Certificación del DES para el Cuidado de Niños. Entiendo que esta solicitud dará como resultado la anulación de mi certificado.

Adjunto a esta solicitud, está mi certificado de DES Entregué mi certificado de DES dentro de los siete días de la terminación

NÚMERO DEL PROVEEDOR	FECHA SOLICITAD DE TERMINACIÓN
P	

Sección D – Yo deseo terminar mi Acuerdo de Inscripción con el NCRP.

NÚMERO DEL PROVEEDOR	FECHA SOLICITAD DE TERMINACIÓN
P	

RAZÓN PARA RETIRAR O TERMINAR MI SOLICITUD

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

NOMBRE DEL REPRESENTANTE O PERSONA DESIGNADA DE DES (<i>Por favor escribe en letra de molde</i>)	CARGO
--	-------

FIRMA DEL REPRESENTANTE O PERSONA DESIGNADA DE DES	FECHA
--	-------

FOR OFFICIAL USE ONLY/SÓLO PARA EL USO OFICIAL

VERBAL REQUEST TAKEN BY (<i>Please print name</i>)	DATE OF VERBAL REQUEST	ACTUAL TERMINATION DATE
--	------------------------	-------------------------

RESULTADO <input type="checkbox"/> Voluntary Closure <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/> Revocation <input type="checkbox"/> Termination of NCRP Registration Agreement	DES CHILD CARE CERTIFICATION STATUS AT THE TIME OF TERMINATION <input type="checkbox"/> Good Standing <input type="checkbox"/> Probation <input type="checkbox"/> Suspension <input type="checkbox"/> N/A
--	--

Distribution: Original – CCA; Copy – Provider; Copy – Office of Appeals (*if applicable*)

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 del DES está disponible a solicitud del cliente.