

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL A DOMICILIO LEGALMENTE EXENTO Y DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR LEGALMENTE EXENTO**

¿Residen TODOS los niños que están en cuidado en el hogar donde se ofrece cuidado infantil?

Sí

No

Está relacionado por parentesco con TODOS los niños que están recibiendo asistencia de cuidado infantil, como abuelos, bisabuelos, hermanos que viven en una residencia aparte, tíos?

(Marque uno.)

Está relacionado por parentesco con TODOS los niños que están recibiendo asistencia de cuidado infantil, como abuelos, bisabuelos, hermanos que viven en una residencia aparte, tíos?

(Marque uno.)

Sí = Usted está ofreciendo servicios como familiar que provee cuidado infantil a domicilio  
**Complete TODAS las secciones de la solicitud.**

NO = Usted está ofreciendo cuidado infantil a domicilio  
**Complete todas las secciones EXCEPTO las secciones 6 y 9. Se requiere una verificación integral de antecedentes (Comprehensive Background Clearance, CBC). Refiérase a la página 2 de las instrucciones que se adjuntan.**

Sí = Usted está ofreciendo servicios como familiar que provee cuidado infantil familiar (Relative-Only Family Child Care, RO FCC)  
**Complete TODAS las secciones de la solicitud.**

NO = Usted está ofreciendo servicios de cuidado infantil familiar (Family Child Care, FCC)  
**Complete todas las secciones EXCEPTO las secciones 6 y 9. Se requiere una verificación integral de antecedentes (Comprehensive Background Clearance, CBC). Refiérase a la página 2 de las instrucciones que se adjuntan.**

**Ubicación del Cuidado Infantil:** *Se requiere completar todos los campos. Incluya la dirección completa del lugar donde se ofrecerá cuidado infantil.*

Dirección de calle:	Apto. #	Piso #	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Teléfono del lugar: *Se requiere un teléfono válido o acceso inmediato a uno en el lugar de cuidado infantil: (     ) -     -     -			¿Está otro proveedor inscrito para ofrecer cuidado en la misma dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, nombre del proveedor:			
Dirección del sitio/Lugar del cuidado es igual que: <input type="checkbox"/> Dirección del proveedor <input type="checkbox"/> Dirección del padre/madre/cuidador <input type="checkbox"/> Otro:						

**IMPORTANTE:** La capacidad máxima para los programas de cuidado infantil familiar (FCC) no debe exceder ocho niños quienes pueden estar bajo cuidado en un momento dado. Cuando los niños que no son familiares también están bajo cuidado, no puede cuidar a más de dos niños que no sean familiares simultáneamente, durante más de tres horas en total por día. No hay límite de capacidad para el cuidado de niños a domicilio cuando TODOS los niños residen en el hogar.

Fecha de recibo:     /     /	Fecha en que se completó:     /     /
ID de CCFS:	Nombre del centro:

**Sección 1: Información del proveedor**

Información del proveedor:								
Nombre: Primer nombre		Apellido (incluir cualquier ALIAS o APELLIDO DE SOLTERA entre paréntesis)				Inicial del 2.º nombre	Sufijo	
Género	Fecha de nacimiento / /		Número de Seguro Social (opcional)		Dirección de correo electrónico			
Dirección particular: Calle			N.º de apto.	N.º de piso	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal: Calle/casilla postal <input type="checkbox"/> La misma que arriba			N.º de apto.	N.º de piso	Ciudad	Estado	Código postal	
¿Ha estado inscrito alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No Si sí, por favor escriba su número de inscripción:								
Dirección electrónica			Teléfono del hogar ( ) -		Número de teléfono celular ( ) -			

**Sección 2: Información de los padres o del cuidador**

Información de los padres o del cuidador:								
Nombre: Primer nombre		Apellido (incluir cualquier ALIAS o APELLIDO DE SOLTERA entre paréntesis)				Inicial del 2.º nombre	Sufijo	
Fecha de nacimiento / /		Género		Teléfono del hogar ( ) -		Teléfono del trabajo ( ) -		
Teléfono celular ( ) -			Dirección de correo electrónico					
Dirección particular: Calle			N.º de apto.	N.º de piso	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal: Calle/casilla postal <input type="checkbox"/> La misma que la del hogar			N.º de apto.	N.º de piso	Ciudad	Estado	Código postal	
Condado que paga la asistencia de cuidado infantil			Idioma preferido					

**Sección 3: Niños que reciben asistencia de cuidado infantil** (Si el programa varía, usted **debe** proporcionar un horario de semana típica para el niño).

Nombre completo del niño						Género	Fecha de nacimiento
<b>Nombre</b>					<b>Apellido</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombre de pila del padre/madre						Relación de parentesco del proveedor con el niño	
<b>Nombre</b>					<b>Apellido</b>		
	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
<b>Al dejar al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<b>Al recoger al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
¿Quién será responsable de las comidas y los refrigerios? (Maque uno).						<input type="checkbox"/> El proveedor (debe cumplir requisitos conforme a instrucciones) <input type="checkbox"/> Padres	
¿Quién administrará medicamentos? (Marque uno).						<input type="checkbox"/> El proveedor (debe cumplir requisitos conforme a instrucciones) <input type="checkbox"/> Padres	

Nombre completo del niño						Género	Fecha de nacimiento
<b>Nombre</b>					<b>Apellido</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombre de pila del padre/madre						Relación de parentesco del proveedor con el niño	
<b>Nombre</b>					<b>Apellido</b>		
	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
<b>Al dejar al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<b>Al recoger al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
¿Quién será responsable de las comidas y los refrigerios? (Maque uno).						<input type="checkbox"/> El proveedor (debe cumplir requisitos conforme a instrucciones) <input type="checkbox"/> Padres	
¿Quién administrará medicamentos? (Marque uno).						<input type="checkbox"/> El proveedor (debe cumplir requisitos conforme a instrucciones) <input type="checkbox"/> Padres	

Nombre completo del niño						Género	Fecha de nacimiento
<b>Nombre</b>					<b>Apellido</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombre de pila del padre/madre						Relación de parentesco del proveedor con el niño	
<b>Nombre</b>					<b>Apellido</b>		

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Al dejar al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<b>Al recoger al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
¿Quién será responsable de las comidas y los refrigerios? (Maque uno).				<input type="checkbox"/> El proveedor (debe cumplir requisitos conforme a instrucciones) <input type="checkbox"/> Padres			
¿Quién administrará medicamentos? (Marque uno).				<input type="checkbox"/> El proveedor (debe cumplir requisitos conforme a instrucciones) <input type="checkbox"/> Padres			

**Sección 4: Otros niños bajo cuidado que NO reciben asistencia de cuidado infantil**  Ninguno

Nombre de pila del niño	Edad	Nombre de pila del padre/madre					
Relación de parentesco del proveedor con el niño:							
Horario de cuidado infantil							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Al dejar al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<b>Al recoger al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

Nombre de pila del niño	Edad	Nombre de pila del padre/madre					
Relación de parentesco del proveedor con el niño:							
Horario de cuidado infantil							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Al dejar al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
<b>Al recoger al niño</b>	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

¿Cuántos hijos propios del proveedor (incluidos niños de crianza temporal) están en el lugar de cuidado infantil durante las horas de cuidado? <input type="checkbox"/> Ninguno	
Número de niños	Indique las edades de todos los hijos propios del proveedor que están en el lugar de cuidado infantil.

**Sección 5: Historial formal de TODOS los proveedores de cuidado infantil**

<i>*Si responde "sí" a las preguntas 1 ó 2 de abajo, debe completar las preguntas pertinentes en la Sección 11 y proporcionar la información verdadera y exacta que se solicita.</i>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Alguna vez le denegaron una solicitud de licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil diurno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez le anularon, limitaron o suspendieron una licencia o registro para operar un programa de cuidado infantil diurno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 6: Familiares como proveedores de cuidado—Revelación de abuso/maltrato infantil y antecedentes penales**

<i>*Si responde “sí” a las preguntas 1, 2 ó 3 de abajo, debe completar las preguntas pertinentes en la Sección 11 y proporcionar la información verdadera y exacta que se solicita.</i>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	¿Alguna vez le han anulado la patria potestad o los derechos parentales según la sección 384-b de la Ley de Servicios Sociales o una autoridad legal equivalente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Alguna vez han retirado a algún un niño de su cuidado mediante una orden judicial, según el artículo 10 de la Ley del Tribunal de Familia ( <i>Family Court Act</i> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez lo han condenado por un delito en el estado de Nueva York o en cualquier otra jurisdicción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4(a)	¿Alguna vez ha sido el sujeto de una denuncia o informe indicado de abuso y/o maltrato infantil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4(b)	Si sí, ¿ha dado a los padres o al cuidador las descripciones verdaderas y precisas del incidente y la fecha de indicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 7: Requisitos de capacitación del proveedor** (Vea la página 4, **Sección 7**, de las instrucciones para más información).

<b>Capacitación antes de proveer servicios (Seleccione uno).</b> <i>Solo necesario para inscripción inicial.</i>	
<input type="checkbox"/>	Debo completar cinco horas de capacitación de Salud y Seguridad antes de proveer el servicio y adjunto mi certificado de finalización.
<input type="checkbox"/>	Me inscribí previamente como proveedor y he presentado mi certificado a esta agencia de inscripción.
<input type="checkbox"/>	No corresponde. Soy un familiar que provee cuidado infantil solo a familiares a domicilio o proveedor de cuidado infantil familiar solo a parientes.
<b>Capacitación anual (Seleccione uno).</b> <i>Solo se requiere al reinscribirse para proveedores que no son parientes.</i>	
<input type="checkbox"/>	Adjunto mis certificados de finalización como prueba de la finalización de la capacitación anual.
<input type="checkbox"/>	No corresponde. Aún no me inscribí como proveedor legalmente exento.
<input type="checkbox"/>	No corresponde. Soy un familiar que ofrece cuidado infantil a domicilio o proveedor de cuidado infantil familiar solo a parientes.
<b>Capacitación con tarifas incrementadas (Seleccione uno).</b> <i>Solo se requiere si solicita una tarifa incrementada.</i>	
<input type="checkbox"/>	Adjunto mis certificados de finalización de 10 o más horas adicionales de capacitación como prueba de elegibilidad para la tarifa incrementada.
<input type="checkbox"/>	No corresponde. No estoy solicitando la tarifa incrementada.

**Sección 8: Cuidado infantil familiar ofrecido solo por parientes y miembros del hogar, empleados y voluntarios de proveedores de cuidado infantil familiar**  Ninguno

<b><u>ESTA SECCIÓN NO SE APLICA A LOS MIEMBROS DEL HOGAR EN SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL A DOMICILIO.</u></b>					
<b><u>Solo complete esta sección si tiene miembros del hogar de 18 años o más, empleados o voluntarios.</u></b>					
Solo para familiares que proveen cuidado infantil familiar y para proveedores de cuidado infantil familiar, mencione todas las personas de 18 años o más que residen en el hogar donde se ofrece el cuidado infantil familiar. Indique a todos lo empleados y voluntarios.					
<b>Nombre completo</b>			<b>Función</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Relación de parentesco con el niño</b>
<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Segundo nombre</b>			
			<input type="checkbox"/> Miembro del hogar <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario	/ /	<input type="checkbox"/> Sí. Si sí, ¿qué relación tiene? <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Miembro del hogar <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario	/ /	<input type="checkbox"/> Sí. Si sí, ¿qué relación tiene? <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Miembro del hogar <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario	/ /	<input type="checkbox"/> Sí. Si sí, ¿qué relación tiene? <input type="checkbox"/> No

**Sección 9: Historial pertinente de los miembros del hogar, empleados y voluntarios**  Ninguno

**Solo complete esta sección si es un familiar que provee cuidado infantil a domicilio y tiene empleados o voluntarios, o si es un familiar que provee cuidado infantil familiar y si en su hogar residen miembros del hogar mayores de 18 años, empleados o voluntarios, o si provee cuidado infantil familiar y residen en el hogar miembros del hogar de más de 18 años que están relacionados por parentesco, de alguna manera, con TODOS los niños bajo cuidado.**

\*Si responde "sí" a la pregunta 1 de abajo, debe completar la **Sección 11** y proporcionar la siguiente información verdadera y exacta.

	Sí	No
--	----	----

1. ¿Alguna vez sus empleados, voluntarios y las personas mayores de 18 años que residen en su hogar donde ofrece cuidado infantil han sido condenados por un delito en el estado de Nueva York o en cualquier otra jurisdicción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. a. Les pregunté a mis empleados, a mis voluntarios y a las personas mayores de 18 años que residen en el hogar donde se ofrece cuidado infantil si alguna vez fueron el objeto o sujeto de un caso indicado de abuso y/o maltrato infantil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si un empleado, voluntario o persona mayor de 18 años declaró que fue el sujeto de un informe indicado de abuso y/o maltrato infantil, he proporcionado al padre/madre/cuidador las descripciones verdaderas y precisas del incidente y la fecha de la indicación (vea instrucciones en le página 6, <b>Sección 9</b> , para más clarificación sobre estas declaraciones).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sección 10: Requisitos de capacitación para empleados y voluntarios**

<b>Capacitación antes de proveer servicios para empleados y voluntarios (Seleccione uno).</b>	
<input type="checkbox"/>	Todos los empleados y voluntarios han completado cinco horas de capacitación de Salud y Seguridad antes de proveer servicios, y se conservará una copia de los certificados de finalización en el lugar.
<input type="checkbox"/>	No corresponde. El proveedor tiene una relación de parentesco con todos los niños que reciben asistencia de cuidado infantil.
<input type="checkbox"/>	No corresponde. El proveedor no tiene empleados ni voluntarios.
<b>Capacitación anual para empleados y voluntarios (Seleccione uno). Se requiere para la reinscripción.</b>	
<input type="checkbox"/>	Todos los empleados y voluntarios han completado cinco horas adicionales de capacitación anual, y se conservará una copia de los certificados de finalización en el lugar.
<input type="checkbox"/>	No corresponde. El proveedor tiene una relación de parentesco con todos los niños que reciben asistencia de cuidado infantil.
<input type="checkbox"/>	No corresponde. El proveedor no tiene empleados ni voluntarios.

**Sección 11: Reconocimientos de historial/antecedentes (Use hojas de papel adicionales si es necesario).**

<b>Antecedentes de medidas de cumplimiento de cuidado diurno (Sección 5)</b>
Nombre del programa de cuidado diurno que fue sometido a medidas de cumplimiento:
Lugar:
Tipos de medidas de cumplimiento (Marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Denegación <input type="checkbox"/> Revocación <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Limitación
Fechas en las que se implementaron las medidas de cumplimiento de la ley:
Descripción/motivo de la implementación de las medidas de cumplimiento de la ley:
<b>Antecedentes de condenas penales (Secciones 6 y 9)</b>
<b>Familiares que proveen cuidado infantil a domicilio, sus empleados y voluntarios; y miembros adultos del hogar de familiares que proporcionan cuidado infantil familiar; y proveedores de cuidado infantil familiar sin parentesco cuando el miembro del hogar está relacionado de alguna manera con TODOS los niños bajo cuidado</b>

Nombre de la persona con condena penal: Especifique el delito: Fecha de disposición / / y penalidad impuesta: Descripción:	
<b>Antecedentes de anulación de la patria potestad y/o de orden judicial según el artículo 10: Remoción o retiro de un niño (Sección 6) Solo familiar que provee cuidado infantil a domicilio y solo familiar que provee cuidado infantil familiar (se aplica solo al proveedor)</b>	
Fechas de remoción o retiro/anulación: / /	Nombre del tribunal:
Condado:	Estado:
Tipo de intervención judicial (Marque todas las que correspondan). <input type="checkbox"/> Anulación judicial de la patria potestad según la sección 384-b de la Ley de Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Remoción o retiro de un niño ordenado por el tribunal según el artículo 10 de la Ley de Tribunales de Familia (Protección infantil)	
Motivos subyacentes de la pérdida de la custodia/patria potestad:	

**Sección 12: Certificación del proveedor**

<b>A mi leal saber y entender, afirmo que la información proporcionada en este formulario es verdadera y está completa. Entiendo que la información está sujeta a verificación y que el hecho de hacer una declaración o afirmación falsa podría dar lugar a la denegación o anulación de la inscripción, a la interrupción de los pagos de asistencia de cuidado infantil a cargo de los servicios sociales, y/o al inicio de acciones legales en contra del proveedor como consecuencia de la presentación de información falsa o engañosa de manera intencional.</b>	
Firma del proveedor:	Fecha: / /

**Sección 13: Certificación de los padres o del cuidador**

<b>A mi leal saber y entender, afirmo que la información de este formulario es verdadera y está completa. Entiendo que la información está sujeta a verificación y que el hecho de hacer una declaración o afirmación falsa podría dar lugar a la denegación o anulación de la inscripción, a la interrupción de los pagos de asistencia de cuidado infantil a cargo de los servicios sociales, y/o al inicio de acciones legales en contra de los padres o cuidadores como consecuencia de la presentación de información falsa o engañosa de manera intencional.</b>	
Firma de los padres o del cuidador:	Fecha: / /

**Esta página se dejó en blanco  
intencionadamente**



**Separe esta sección y consérvela para sus propios registros.**

**Sección 14: Declaraciones y acuerdos del proveedor** <https://ocfs.ny.gov/programs/childcare/regulations/415-Child-Care-Services.pdf>

Al firmar esta solicitud de inscripción, el proveedor declara y acepta lo siguiente:

**TODOS los proveedores:**

- He revisado los requisitos de salud y seguridad enumerados en la sección **415 del título 18 de los Códigos, Reglas y Regulaciones de Nueva York** (*New York Codes, Rules and Regulations*, NYCRR), y en las páginas 7-11 de las instrucciones que se adjuntan **OCFS-LDSS-4699a**, y acepto cumplir y seguir cumpliendo dichos requisitos.
- Les avisaré de inmediato a la agencia de inscripción y a los padres o al cuidador si hay cambios en alguna sección de este formulario de inscripción.
- Acepto cobrar una cuota familiar (tarifa) si el distrito local de servicios sociales me indica que debo hacerlo. Le avisaré de inmediato al distrito local de servicios sociales si los padres o el cuidador no pagan la cuota familiar obligatoria.
- Entiendo que no debo cobrarles a los padres de los niños que reciben asistencia de cuidado infantil una suma superior al costo del cuidado infantil para niños que no reciben asistencia de cuidado infantil.
- Entiendo que mientras sea considerado un proveedor no elegible por la agencia de inscripción, no recibiré pagos del distrito local de servicios sociales por el cuidado infantil que ofrezca a niños que reciben asistencia de cuidado infantil.
- Entiendo que si ofrezco cuidado en la propia casa del niño, soy empleado de los padres o del cuidador, y que ellos son responsables del pago de mi salario, de los beneficios y de todos los impuestos laborales estatales y federales aplicables.
- Entiendo que debo estar inscrito en una agencia de inscripción antes de que se puedan hacer los pagos.
- Entiendo que, si la agencia de inscripción determina que no puedo inscribirme, el distrito local de servicios sociales no podrá hacer los pagos por el cuidado ofrecido. Los padres o el cuidador tienen el derecho y la responsabilidad de decidir si quieren o no usar mis servicios de cuidado infantil. Si los padres o el cuidador eligen usar mis servicios de cuidado infantil cuando no pueda inscribirme, puedo cobrarles por el cuidado infantil ofrecido.
- Entiendo que se me requiere cumplir con cualquiera y todas las inspecciones que se llevarán a cabo en el centro de cuidado infantil.
- He revisado las declaraciones y acuerdos de los padres o del cuidador en la **Sección 15**, y estoy de acuerdo con todos los requisitos de los padres o del cuidador.

**Solo parientes que proveen cuidado infantil a domicilio y solo parientes que proveen cuidado infantil familiar:**

**Entiendo que:**

- Debo tener una relación de parentesco con todos los niños que reciban cuidado, ya sea como abuelos, bisabuelos, hermanos (que viven en una residencia separada), tíos, y he indicado dicha relación con todos los niños en la **Sección 3** de este formulario.
- Debo preguntarles a todos los empleados, a los voluntarios y, en caso de familiares que proveen cuidado infantil familiar, a los miembros adultos del hogar si alguna vez los han condenado por un delito menor o por un delito grave en el estado de Nueva York o en cualquier otra jurisdicción. Si cualquiera de esas personas o yo hemos sido condenados por un delito menor o por un delito grave, debo proporcionar información verdadera y exacta sobre el delito para permitir que los padres o el cuidador y la agencia de inscripción evalúen si los antecedentes penales representan un riesgo poco razonable para la seguridad y el bienestar del niño.
- No debo inscribirme como familiar que provee cuidado infantil a domicilio o cuidado infantil familiar si yo, un empleado, un voluntario o, en caso de familiares que proveen cuidado infantil familiar, un miembro adulto del hogar hemos sido condenados por un delito menor o por un delito grave contra un menor.
- Es *posible* que no me inscriban como familiar que provee cuidado infantil a domicilio o de cuidado infantil familiar si yo, un empleado, un voluntario o, en caso de familiares que proveen cuidado infantil familiar, un miembro adulto del hogar hemos sido condenados por un delito menor o por un delito grave que no sean contra un menor, a menos que la agencia de inscripción determine que las circunstancias son consistentes con las pautas

establecidas por la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) para la evaluación de dichos antecedentes de condena penal.

- No me inscribirán como familiar que provee cuidado infantil a domicilio o familiar que provee cuidado infantil familiar si hice, de forma intencional, declaraciones sustancialmente falsas sobre los antecedentes penales o si me niego a cooperar con la evaluación de los antecedentes penales.
- Debo presentar mi información y la de cualquier empleado o voluntario y la de cualquier miembro adulto del hogar (para familiares que proveen cuidado infantil familiar) para permitir que la agencia de inscripción haga una verificación de datos en el Registro de Agresores Sexuales del Estado de Nueva York (*New York State Sex Offender Registry*) mantenido por la División de Servicios de Justicia Penal del Estado de Nueva York (*New York State Division of Criminal Justice Services*), a través de la línea telefónica gratis del registro para determinar si dicha persona está incluida en el Registro de Agresores Sexuales del Estado de Nueva York.
- No me inscribirán como familiar que provee cuidado infantil a domicilio o de cuidado infantil familiar si alguna de dichas personas está incluida en el Registro de Agresores Sexuales del Estado de Nueva York.

### **Sección 15: Declaraciones y acuerdos de los padres o del cuidador**

**Al firmar este formulario, los padres o el cuidador declaran y aceptan lo siguiente:**

- He revisado los requisitos de salud y seguridad enumerados en la **sección 415 del título 18 de los NYCRR**, y acepto que el proveedor debe cumplir y seguir cumpliendo dichos requisitos.
- Mi programa de cuidado infantil debe darme acceso ilimitado y a solicitud, incluidos:
  - Acceso a mis hijos/niños a cargo.
  - El derecho a inspeccionar todas las partes del edificio utilizado para prestar los servicios de cuidado infantil o que pudieran presentar un riesgo para la salud o la seguridad de mis hijos/niños a cargo en cualquier momento durante el horario de operación.
  - Acceso al personal que les presta servicios a mis hijos/niños a cargo.
  - Acceso a los expedientes escritos sobre mis hijos/niños a cargo, a menos que esté prohibido por ley.
- Le avisaré de inmediato a la agencia de inscripción si:
  - cambia mi dirección o número de teléfono; o
  - tengo alguna preocupación sobre la salud y la seguridad de mis hijos/niños a cargo del programa.
- Entiendo que esta inscripción se aplica ÚNICAMENTE al proveedor y al lugar donde se ofrece cuidado, indicado en la **Sección 1**. Si el proveedor O el lugar donde se da el cuidado cambian, esta inscripción finalizará, y deberé presentar un nuevo formulario de inscripción para el nuevo proveedor o la nueva ubicación.
- Le avisaré de inmediato al distrito local de servicios sociales y al proveedor si hay cambios en los horarios que necesito los servicios de cuidado infantil o en otras circunstancias que se relacionan con mi necesidad o elegibilidad para recibir cuidado infantil.
- Acepto pagar una cuota familiar (si corresponde), como lo exige el distrito local de servicios sociales.
- Entiendo que, si se rechaza o termina la inscripción del proveedor, dicho proveedor no se considerará elegible para dar cuidado infantil. El distrito local de servicios sociales no puede pagarle al proveedor o hacer pagos por el cuidado infantil ofrecido por un proveedor que no puede ser inscrito o no es elegible.
  - Si decido usar un proveedor que no es elegible, soy responsable de pagar por el cuidado infantil recibido.
  - Entiendo que tengo derecho a seleccionar otro proveedor.
- Si elijo a un proveedor para que proporcione cuidados en mi domicilio, seré el único empleador del proveedor. Como único empleador, soy responsable de pagarle salarios y beneficios mínimos al proveedor, y también debo pagar todos los impuestos laborales estatales y federales

aplicables. También entiendo que es posible que algún beneficio de cuidado infantil para el que yo sea elegible no cubra los costos totales del cuidado, y soy responsable de los costos que el beneficio de cuidado infantil no cubra.

- Si se rechaza o termina la inscripción del proveedor, dicho proveedor no se considerará elegible para proporcionar cuidado infantil.
- Si elegí a un familiar que provee cuidado infantil a domicilio o un familiar que provee cuidado infantil familiar, el proveedor debe informarme si él/ella, sus empleados, sus voluntarios o cualquier miembro adulto del hogar (si es cuidado infantil familiar) han sido sujetos de una denuncia indicada de abuso y/o maltrato infantil. En casos en que el proveedor me haya revelado que fue indicado como sujeto de abuso y/o maltrato infantil, he recibido información detallada sobre el incidente Y he considerado cuidadosamente la información, y elijo a este proveedor.
- He revisado las declaraciones y acuerdos del proveedor en la **Sección 14**, y entiendo y estoy de acuerdo con todos los requisitos del proveedor.