|  |
| --- |
| **Enliste a todos los proveedores de cuidado infantil, propietarios, operadores y personal\* (incluyéndose a usted mismo) que brindan cuidado directo a los niños. Incluya visitantes frecuentes (que están en las instalaciones más de 12 horas por MES) y cualquier persona que viva en el lugar donde se presta el servicio de cuidado infantil. (de 13 años de edad y mayores)-**   * **Se requieren documentos de verificación de antecedentes penales de TODOS los Proveedores de Cuidado Infantil, Propietarios, Operadores, Personal o Visitantes Frecuentes (que están en las instalaciones más de 12 horas por MES) Y de todas las personas mayores de 13 años que vivan en esta dirección, emitidas por la Unidad de Historial Criminal del Departamento de Salud y Bienestar.** * **Se requieren doce (12) horas de entrenamiento al año para todo el personal\* (y sus supervisores inmediatos) que brindan cuidado directo a los niños.**   ***\*****"Personal" significa una persona que tiene dieciséis (16) años de edad o más, que se espera que trabaje más de 90 días, y es empleada por un propietario u operador de cuidado infantil para proporcionar cuidado y supervisión en las instalaciones donde se ofrece cuidado infantil.* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Puesto en el Programa | Fecha de Contratación  Mes/Año | Fecha de Nacimiento  XX/XX/XXXX | ¿Proporciona Cuidado Directo a los Niños?  **Si**/**No** | ¿Vive en el lugar donde se ofrece el cuidado infantil?  **Si**/**No** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

*Utilice el reverse si es necesario*

**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma del Director/Propietario Fecha*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Puesto en el Programa | Fecha de Contratación  Mes/Año | Fecha de Nacimiento  XX/XX/XXXX | ¿Proporciona Cuidado Directo a los Niños?  **Si**/**No** | ¿Vive en el lugar donde se ofrece el cuidado infantil?  **Si**/**No** |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |