



Department for Children
and Families
Economic and
Employment Services

Strong Families Make a Strong Kansas

ES-1651
Rev. 03-14

Inscripción de Proveedor No Regulado de Cuidado de Niños

Gracias por su interés en convertirse en proveedor de cuidado de niños del Departamento para Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) para familias que pudieran ser elegibles para recibir Asistencia para el Cuidado de Niños del DCF. Esta inscripción es utilizada para los proveedores de cuidado de niño que no están regulados por el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (KDHE, por sus siglas en inglés). El DCF debe tomar ciertos pasos para garantizar la salud y la seguridad de los niños bajo su cuidado que son financiados a través del programa de asistencia para el cuidado de niños. Antes de completar esta inscripción, lea y asegúrese de comprender el Manual de Proveedor de Cuidado de Niños del DCF.

Por favor devuelva esta inscripción completa a: _____

Por favor devuélvala antes del: _____

Por favor tenga en cuenta:

- Si usted está exento de la licencia del KDHE, debe adjuntar la verificación de la Condición de Exención del KDHE. Si el sitio de su programa no está ubicado en un centro de asistencia escolar, se requiere la Documentación de Inspección de Incendios.
- Todos los otros tipos de Proveedores No Regulados deben adjuntar los Estándares establecidos por el estado o agencia patrocinante.

SOLICITUD DE PROVEEDOR NO REGULADO DE CUIDADO DE NIÑOS DEL DCF

Sección 1:

Información del Establecimiento:

Nombre del Establecimiento: _____ Director: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Domicilio Postal: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono Principal: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

¿Está usted exento de la licencia? _____

Si tiene licencia de otro estado o agencia,

Número de licencia: _____ Fecha de la licencia: _____

Oficinas Centrales (Complete esta información solo si tiene más de un establecimiento inscripto o en proceso de inscripción en el DCF):

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Información del Propietario:

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Domicilio Postal: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono Principal: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Número de Seguro Social (SSN)/Número de Identificación del Empleador (EIN): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Raza: _____ ¿Hispano/Latino? _____

¿Es usted un graduado de escuela secundaria o tiene un Título General de Equivalencia (GED, por sus siglas en inglés)? _____

Idioma Materno Hablado: _____ Escrito: _____

Información de Tarifa:

Si usted tiene un Hogar de Cuidado de Niños con Licencia, ¿cuánto cobra?

Menor a 18 meses: _____ Frecuencia: _____

18 meses y más: _____ Frecuencia: _____

Si usted tiene un Centro de Cuidado de Niños, ¿cuánto cobra?

Menor a 12 meses: _____ Frecuencia: _____

13 meses hasta 18 meses: _____ Frecuencia: _____

19 meses hasta 30 meses: _____ Frecuencia: _____

31 meses a 5 años: _____ Frecuencia: _____

6 años y más: _____ Frecuencia: _____

¿Cobra una tarifa de inscripción? _____ De ser así, ¿cuál es su tarifa? \$_____/niño \$_____/familia

¿Cobra una tarifa diaria mínima? _____ De ser así, ¿cuál es su tarifa diaria mínima? _____

¿Cobra una cantidad mínima de horas por día? _____

De ser así, ¿cuál es la cantidad de horas por las que cobra? _____

Enumere los días y horas que trabaja:

Lunes a Viernes: _____ AM/PM a _____ AM/PM

Sábado: _____ AM/PM a _____ AM/PM

Domingo: _____ AM/PM a _____ AM/PM

Revisión de Antecedentes: Se realizan revisiones de antecedentes de todos los proveedores que se inscriben con el DCF. El DCF revisa el/los nombre(s) del proveedor y de todas las personas de 10 años de edad o más que residen, trabajan o son voluntarios de manera regular en un establecimiento de cuidado de niños. Cada persona debe aprobar una revisión de antecedentes antes de que se apruebe el acuerdo. Un proveedor no es elegible para ser aprobado si los nombres de cualquiera de estas personas aparecen en el Registro de Negligencia de Abuso de Niños, en el Registro de Abuso, Negligencia o Explotación de Adulto, o en el Repositorio Electrónico de Población Adulta Supervisada (KASPER, por sus siglas en inglés), o si cualquiera de ellas tiene condenas por delitos.

Por favor enumere todas las personas de 10 años de edad o más que viven, trabajan o son voluntarios de manera regular en el establecimiento de cuidado de niños, incluso el Propietario y los Sustitutos. Adjunte una hoja adicional si fuera necesario. (Se deben informar los cambios al personal que se ocupa de la inscripción de proveedor de cuidado de niños).

Función	Fecha Efectiva de Afiliación	Nombre (Apellido, Primero, Segundo)	Nombre de Soltera u Otros Apodos	Número del Seguro Social (SSN)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza	Hispano / Latino (S o N)

¿Ha sido condenado por un delito grave alguien que vive, trabaja o es voluntario de manera regular en su establecimiento/hogar?

De ser así, proporcione el Nombre de la Persona, Fecha y Corte Actuante, Condado y Estado:

Lea las siguientes declaraciones y marque si está de acuerdo:

_____ Yo/Nosotros declaro/declaramos, bajo pena de perjurio, que a mi (nuestro) mejor saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

_____ Comprendo que los términos listados en el manual del proveedor del DCF y en el acuerdo de proveedor de cuidado de niños (incluso la Sección 9) están incorporados en mi acuerdo de proveedor con el DCF y son legalmente vinculantes. Mi firma en esta solicitud certifica que he leído y que comprendo esos términos y estoy de acuerdo con ellos.

_____ Yo/Nosotros el/los abajo firmante(s) es/son la(s) persona(s) mencionada(s) como Solicitante o la(s) persona(s) autorizada(s) para representar al propietario mencionado más arriba.

Nombre del Proveedor en Imprenta

Nombre en Imprenta de la Persona Designada por los Servicios Económicos y Empleo (EES, por sus siglas en inglés)

Firma del Proveedor y Fecha

Firma de la Persona Designada por el EES y Fecha

Presente este formulario completo junto con los siguientes documentos:

- una Declaración de Política sobre Disciplina firmada (el formulario se encuentra en el manual)
- verificación de la condición de exención del KDHE (si estuviera exento)
- una copia de su licencia (si tuviera una licencia de otro estado o agencia)
- estándares establecidos por el estado o agencia patrocinante (si tuviera una licencia de otro estado o agencia)
- Documentación de la Inspección de Incendios (si no estuviera ubicado en un centro de asistencia escolar)

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE:

Agreement Start Date: _____ End Date: _____

County Code: _____ Provider ID: _____