



Department for Children
and Families
Economic and
Employment Services

Strong Families Make a Strong Kansas

ES-1650
Rev. 04-13

Inscripción de Proveedor 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 regulados del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (KDHE, por sus siglas en inglés). 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: _____

Sección 1 de la SOLICITUD DE PROVEEDOR REGULADO DE CUIDADO DE NIÑOS DEL DCF:

Información del Establecimiento:

Nombre del Establecimiento: _____ Director: _____

Número de Licencia del Establecimiento: _____

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: _____

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: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Número de Seguro Social (SSN): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Raza: _____ ¿Hispano/Latino? _____

Número de Identificación del Empleador (EIN): _____

¿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

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

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.

Presentar este formulario completo junto con una copia de su contrato o acuerdo de padre/proveedor.

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

PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE:

Agreement Start Date: _____ End Date: _____

County Code: _____ Provider ID: _____