

# Inscripción de Proveedor de Cuidado de Niños en el Hogar

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. Como proveedor en el hogar, usted no está regulado por el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas. 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 del Proveedor de Cuidado de Niños del DCF.

Por favor devuelva la inscripción completa a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor devuélvala antes del: \_\_\_\_\_

**Nota:** Como proveedor de cuidado de niños en el Hogar, usted se inscribe para proporcionar cuidados a los niños en una familia específica. Es necesaria una inscripción por separado para proporcionar cuidados a cualquier otro niño.

## SOLICITUD DE PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR DEL DCF.

### Sección 1:

#### Información del Proveedor:

Nombre (primero, segundo, apellido): \_\_\_\_\_

Nombre de Soltera: \_\_\_\_\_ Alias: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted condenado por algún delito? \_\_\_\_\_ De ser así, proporcione la fecha y corte  
actuante, condado y estado: \_\_\_\_\_

---

**Padre de los niños a los cuales usted estará cuidando:**

Nombre (primero, segundo, apellido): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Domicilio Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Idioma Materno Hablado: \_\_\_\_\_ Escrito: \_\_\_\_\_

**Niños a los cuales usted estará cuidando:**

| Nombre del Niño | Fecha de Inicio del Cuidado | Horarios de Cuidado |
|-----------------|-----------------------------|---------------------|
|                 |                             |                     |
|                 |                             |                     |
|                 |                             |                     |
|                 |                             |                     |
|                 |                             |                     |

**Revisión de Antecedentes:** Se realizan revisiones de antecedentes de todos los proveedores que se inscriben con el DCF. El DCF verifica el nombre del proveedor en el hogar, y el nombre debe ser autorizado antes de que comience la aprobación para los pagos. Un proveedor cuyo nombre aparece 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 que tiene condenas por delitos no es elegible para ser aprobado.

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 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 completado junto con la verificación del número de identificación del empleador (EIN), una Declaración firmada de Política sobre Disciplina y un formulario de Estándares de Salud y Seguridad - Lista de Verificación del Hogar firmado (por el padre y por el proveedor).

**PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE:**

Agreement Start Date: \_\_\_\_\_ End Date: \_\_\_\_\_

County Code: \_\_\_\_\_ Provider ID: \_\_\_\_\_