



Strong Families Make a Strong Kansas

ES-1653  
Rev. 3-14

## Inscripción de Proveedor Pariente Fuera del 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 con parentesco que pudieran ser elegibles para recibir Asistencia para el Cuidado de Niños del DCF. Como pariente, usted no está regulado 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. Se requiere la participación de los padres para completar esta inscripción.

Un proveedor pariente debe tener una cuenta corriente, cuenta de ahorro o tarjeta de débito prepaga para recibir los pagos por Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) proveniente de padres que reciben los subsidios del DCF.

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: \_\_\_\_\_

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

## SOLICITUD DE PROVEEDOR PARIENTE FUERA DEL HOGAR DEL DCF

### Sección 1:

#### Información del Proveedor:

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

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Padre/Tutor del Niño: \_\_\_\_\_ SSN del Padre: \_\_\_\_\_

Idiomas Maternos del Padre Hablado: \_\_\_\_\_ Escrito: \_\_\_\_\_

Relación del Proveedor con los Niños: \_\_\_\_\_

Fecha en que Comenzó el Cuidado: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Niño	Fecha en que Comenzó el Cuidado	Horarios de Cuidado

**Revisión de Antecedentes:** Se realizan revisiones de los registros para verificar si existen antecedentes de abuso o negligencia de niños. El DCF revisa el/los nombre(s) del proveedor pariente fuera del hogar y de todos los miembros del grupo familiar que tengan diez (10) años de edad o más. Cada nombre debe ser autorizado antes de que comience la aprobación para los pagos. Un proveedor no es elegible para ser aprobado si los nombres de cualquiera de las personas que viven en su hogar 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.

**Enumere todas las personas que viven en su grupo familiar, incluso usted mismo:**

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre de Soltera	Apodos	Número del Seguro Social (SSN)	Fecha de Nacimiento	Función (Relación con el Proveedor)

¿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:

\_\_\_\_\_

***Por favor vaya a la página siguiente para la revisión y firma de la declaración.***

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) soy/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 Imprinta  
Servicios Económicos y Empleo (EES, por sus siglas en inglés)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona Designada por los

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Designada por el EES y Fecha

**Presente este formulario completado junto con una Declaración de Política sobre Disciplina firmada y un formulario de Estándares de Salud y Seguridad - Lista de Verificación firmado (por el padre y el proveedor) (los formularios se encuentran en el manual).**

**PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE:**

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

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