



### Adultos Mayores de 18 Años Viviendo En Casa

Por favor identifique todos los adultos en la facilidad incluyendo a la persona que posee la licencia, empleados, asistentes, voluntarios, y miembros de familia.

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación con el Proveedor _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación con el Proveedor _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación con el Proveedor _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación con el Proveedor _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación con el Proveedor _____

### Niños Menores de 18 Años Viviendo En Casa

Personas mayores de 18 años viviendo en la casa necesitan tener una verificación de antecedentes.

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación con el Proveedor _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación con el Proveedor _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación con el Proveedor _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación con el Proveedor _____

*\*El proveedor puede cuidar a un máximo de 6 niños, incluyendo sus propio hijo menores de 8 años y dos niños menores de 2 años, o el número en cumplimiento con las proporciones de cuidado de niños del estado. El programa cumplirá con el número más bajo.*

### Verificación de Antecedentes Personales

¿Se ha completado y aprobado en su hogar una verificación de antecedentes para las personas de 18 años de edad o mayores?

Proveedor: _____	Sí (fecha): _____	No (Si no, ¿ha empezado el proceso?): S N
Nombre: _____	Sí (fecha): _____	No (Si no, ¿ha empezado el proceso?): S N
Nombre: _____	Sí (fecha): _____	No (Si no, ¿ha empezado el proceso?): S N
Nombre: _____	Sí (fecha): _____	No (Si no, ¿ha empezado el proceso?): S N
Nombre: _____	Sí (fecha): _____	No (Si no, ¿ha empezado el proceso?): S N

Nombre de la agencia a cargo de la revisión: \_\_\_\_\_

Nombre y número del contacto de la agencia: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo es válida la verificación de antecedentes? (por ejemplo: un año, 2 años, 3 años, etc.): \_\_\_\_\_

*\*Si usted o sus empleados han sido concedidos varianzas, concesiones o el perdón en su estado de residencia actual o de otros estados concerniendo faltas pasadas o condenas por delitos graves, la documentación correspondiente debe ser proporcionada.\**

## Información de La Concesión de Licencias

Nombre de Contacto del Agente de Licencias: \_\_\_\_\_

Número de Contacto de la Agencia de Licencias: \_\_\_\_\_

Fecha de su Última Inspección: \_\_\_\_\_ Capacidad del Permiso de Licencia: \_\_\_\_\_

## Seguro de Riesgo Personal

Se requiere la cobertura de \$500,000 en seguro de riesgo personal para ser proveedor de HCC.

¿Tiene usted actualmente una póliza/pólizas de seguro por esta cantidad?      Sí      No

Si la respuesta es no, ¿está dispuesto a cambiar su cobertura por esta cantidad?      Sí      No

Si la respuesta es sí, por favor provea la siguiente información:

Nombre de la Compañía(s) de Seguro: \_\_\_\_\_

Cantidades en Pólizas de Seguro (si son combinadas): \_\_\_\_\_

Nombre y Número de Agente(s) de Seguro: \_\_\_\_\_

## Certificación de la Reanimación Cardiopulmonar (CPR) Y Primeros Auxilios

Los proveedores de HCC y sus empleados necesitan tener una certificación actualizada de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar.

¿Tiene usted un certificado actualizado de reanimación cardiopulmonar?      S      N

Si la respuesta es sí, ¿qué organización le certificó? \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿está en el proceso de renovación?      S      N

¿Tiene usted un certificado actualizado de primeros auxilios?      S      N

Si la respuesta es sí, ¿qué organización le certificó? \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿está en el proceso de renovación?      S      N

¿Tienen sus empleados un certificado actualizado de reanimación cardiopulmonar?      S      N

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

¿Tienen sus empleados un certificado actualizado de primeros auxilios?      S      N

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿están en proceso de renovación?      S      N

**Por favor lea las siguientes preguntas, encierre en un círculo su respuesta, firme y póngale la fecha en esta sección.**

¿Ha tenido alguna queja documentada como proveedor de FCC en los últimos 12 meses? S N

¿Alguna vez ha tenido su licencia de cuidado de niños suspendida, revocada o sometida a medidas correctivas?: S N

¿Alguna vez ha sido arrestado/condenado por algún delito relacionado con los niños, las drogas o el alcohol?: S N

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

### **Responsabilidades y Certificación Del Proveedor/Programa**

Además de esta aplicación, voy a presentar los documentos descritos en la parte inferior para revisión:

(Envíe por fax, correo, o correo electrónico los siguientes documentos a Child Care Aware® of America- Servicios de Proveedor.)

- Licencia de Cuidado de Niños
- Si aplica, el certificado de acreditación. Consulte la página 1 para obtener la lista
- Documentación de Verificación de Antecedentes
- Documentación de Reanimación Cardiopulmonar y Primeros Auxilios
- Documentación de la Póliza de Seguro de Riesgo Personal
- Informe de Inspección de Licencias

Yo [el proveedor/programa] entiendo/acepto que (por favor marque todas las casillas):

- Toda la información presentada en esta solicitud, así como los documentos justificativos son verdaderos y correctos conforme a mi leal saber y entender.
- El proveedor/programa continuará cumpliendo con todos los requisitos mínimos establecidos por el estado y se compromete a cumplir con todas las normas del Programa Comunitario en Casa (HCC) del Air Force (las Fuerzas Aéreas) necesarias para el reembolso.
- El proveedor/programa notificará a Child Care Aware ® of America de cualquier y todos los cambios de la información o estado del programa mientras esté inscrito en el programa.
- El proveedor/programa entiende que las Fuerzas Aéreas reservan el derecho al inspeccionar cualquier programa/proveedor de cuidado de niños cuando han sido aprobados en el Programa Comunitario en Casa (HCC).
- La falta de cumplimiento con las políticas y regulaciones del Programa Comunitario en Casa (HCC) del Air Force (las Fuerzas Aéreas) de los Estados Unidos y Child Care Aware ® of America resultará en el despido involuntario del programa.

*He leído todo lo anterior y entiendo su contenido. También entiendo que el incumplimiento de cualquiera de las reglas estipuladas en la parte superior de este documento puede resultar en la terminación de mi participación en los programas militares de NACCRA.*



\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**(Proveedor/Propietario del programa o agente autorizado del propietario)**