



1515 N. Courthouse Rd, 2nd fl
 Arlington, VA 22201
 Teléfono: 703-314-4100 ext. 883
 Fax: 571-255-4904
afhcc@usa.childcareaware.org

Programa de Cuidado Comunitario en Casa (HCC) Del Air Force (las Fuerzas Aéreas)
SOLICITUD DE REQUISITOS PARA PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS

Proveedor/Programa Bajo el Nombre Comercial de:

Como aparece en la licencia/registración

Tipo de Proveedor/Programa (Marque uno)

Cuidado de Niños en el Hogar Hogar de Grupo

Estado Regulatorio (Marque uno)

Licenciado (Todos los proveedores aprobados deben de poder cuidar a los niños los Sábados y Domingos desde las 6am-6pm)

Otro _____

Capacidad para ____ niños

Edades Servidas _____

Categoría Regulatoria

Estado Condado

Municipio Otro _____

Número de Identificación de Impuestos del Proveedor/Programa: _____

Información de Contacto del Proveedor/Programa

Dirección donde se ofrecerá el cuidado

Nombre y Número de Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
--------------------------	--------	--------	---------------

Condado donde se ofrecerá el cuidado: _____ Nombre del Contacto _____

Número de Teléfono del Proveedor: _____

Correo Electrónico (*para ser utilizado para toda comunicación*): _____

Información de Acreditación (Si Aplica)

Programa Acreditado a Nivel Nacional En Autoestudio de Acreditación o Fase de Renovación

Cuidado de Niños en el Hogar

National Association for Family Child Care (NAFCC) Child Development Associate Credential (CDA)

Maryland State Department of Education (MSDE) Oklahoma 3-Estrellas

Diploma de: Educación Infantil Temprana o Desarrollo Infantil Carolina Del Norte 4/5- Estrellas

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)