

FDCH APLICACION PARA PARTICIPACION PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADULTOS EN CASA

Programas de Nutrición para Niños - USOE

Helping Hands, Inc.

TIPO DE APROBACION: LICENCIA CERTIFICADO RESIDENCIAL CUIDADO FAMILIAR APROBACIÓN ALTERNA

NUEVA TRANSLADO CAMBIO RENOVACIÓN INACTIVA

CLASIFICACION DE NIVELES : Nivel 1 Nivel 2 Nivel 2 Combinado

(Para uso de la oficina únicamente)

1) Número de Identificación: _____

2) Periodo del CONTRATO: de _____ 20__ al _____ 20__

<p>3) Información de la Proveedora: (ESCRIBA CLARAMENTE)</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____ Apt #: _____</p> <p>Ciudad: _____ Código: _____</p> <p>Número del Teléfono: (_____) _____</p> <p>Número Celular (opc): (_____) _____</p> <p>Email (opcional): _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p>	<p>4) (Solamente para la aplicación inicial) Usted o cualquier miembro de su familia ha participado en otro programa de comidas? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No *Si dijo sí, conteste lo siguiente: Nombre del Programa : _____ Bajo que nombre usted(es) participaron?: _____ Fecha en que reclamó por última vez: _____ (*Si contestó sí, se requiere una forma de traslado; las formas son disponibles a solicitud.)</p>	<p>5) ¿Elegible de Ingresos para los niños propios de la proveedora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6) Escuela, Censo ó Ingreso (uso de oficina)</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Escuela Distrito Escolar: _____ Escuela Elemental: _____ Fecha de vencimiento: _____</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Censó Block number: _____ Fecha de vencimiento: _____</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Ingreso Fecha de vencimiento: _____</p>
--	--	--

<p>7) Los festivos en que cuida los niños: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, marque los festivos en que cuida los niños <input type="checkbox"/> Año Nuevo <input type="checkbox"/> Día de los Presidentes <input type="checkbox"/> Día de Recordación (Memorial Day) <input type="checkbox"/> Día de la Independencia <input type="checkbox"/> Día de Trabajo <input type="checkbox"/> Día de Acción de Gracias <input type="checkbox"/> Día de Navidad (Esto no es una preautorización, esto es únicamente para nuestra información. Usted debe ser preautorizada para cada fiesta, si quiere reclamarlas)</p>	<p>8) Horas de cuidado – entre semana: de _____ a _____ Horas de cuidado – fin de semana (opcional): de _____ a _____ 9) Días de la semana en que provee el cuidado: <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Miércoles</p>	<p>10) Comidas / horas reclamadas:</p> <p>A. Desayuno <input type="checkbox"/> _____ a _____</p> <p>B. Merienda <input type="checkbox"/> _____ a _____ de la Mañana</p> <p>C. Almuerzo <input type="checkbox"/> _____ a _____</p> <p>D. Merienda <input type="checkbox"/> _____ a _____ de la Tarde</p> <p>E. Cena <input type="checkbox"/> _____ a _____</p> <p>F. Merienda <input type="checkbox"/> _____ a _____</p> <p>(Debe haber un mínimo de 2 horas entre comidas y meriendas)</p>	<p>Días / horas de comidas alternativos: Anote los días / turnos alternativos: _____</p> <p>A. Desayuno <input type="checkbox"/> _____ a _____</p> <p>B. Merienda <input type="checkbox"/> _____ a _____ de la Mañana</p> <p>C. Almuerzo <input type="checkbox"/> _____ a _____</p> <p>D. Merienda <input type="checkbox"/> _____ a _____ de la Tarde</p> <p>E. Cena <input type="checkbox"/> _____ a _____</p> <p>F. Merienda <input type="checkbox"/> _____ a _____</p>
---	---	--	--

<p>11) Niños menores de 4 años de la proveedora _____</p>	<p>14) Trabaja fuera de su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, horas del trabajo: de _____ a _____ Nombre y teléfono del trabajo: _____</p>	<p>17) <input type="checkbox"/> Licenciada / Certificada <input type="checkbox"/> Cuidado Familiar / Aprobación Alterna</p> <p>A. Fecha de Vencimiento _____</p> <p>B. Capacidad / limite _____ Cantidad de: _____</p> <p>C. Niños menores de 2 _____</p> <p>D. Niños propios _____</p> <p>E. Niños de Afuera _____</p>	
<p>12) ¿Hay una persona que le ayuda ó hay una sustituta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, lista los nombres aquí: _____</p>	<p>15) Cuidado Familiar solamente: <i>Yo certifico que todos los niños que cuido son solamente hermanos ,hermanastros, nietos, bisnietos, sobrinos, o sobrinas</i> Iniciales de la Proveedora _____</p>		
<p>13) Lenguaje de preferencia: _____</p>	<p>16) Provee Cuidado por Turnos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		

18) ¿Alguna vez le ha sido negado una licencia o certificado residencial? Sí No ¿Cuándo? _____

19) ¿Alguna vez ha sido terminada por causa por el programa FDCH? Sí No ¿Cuándo? _____

Explique: _____

<p>20) Raza / Origen étnico: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco</p>	<p>21) Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino</p>
<p>(Usted puede elegir no contestar esta pregunta. Un empleado de Helping Hands lo hará por usted.)</p>	

Certifico por este medio que toda la información anterior es correcta y verdadera. Entiendo que ésta información se está dando en conexión con el recibo de fondos federales; los funcionarios de ese departamento pueden hacer verificación de la información y que una información falsa puede llevarme a juicio bajo los estatutos criminales y federales del estado. Certifico que yo no estoy registrada bajo ningún otro programa patrocinador de cuidado de niños. Entiendo que ésta aplicación es válida durante el periodo que aparece en la casilla #2.

Firma de la Proveedora:	Fecha:	Firma del Representante Patrocinador:	Fecha:
-------------------------	--------	---------------------------------------	--------