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** ☐ **FFN** ☐ **CUIDADO FAMILIAR** ☐ **CUIDADO ALTERNA**
☐ **NUEVA** ☐ **TRANSLADO**

1) Información de la Proveedora: (ESCRIBA CLARAMENTE)

Nombre: _____

Dirección: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Código:_____

Número del Teléfono: (_____)_____

Número Celular (opc): (_____)_____

Email (opcional): _____

Fecha de Nacimiento: _____

2) Usted o cualquier miembro de su familia ha participado en otro programa de comidas? ☐ Si* ☐ No

*Si dijo **sí**, conteste lo siguiente:

Nombre del Programa: _____

Ultima vez que reclamó: _____

3) Lenguaje de preferencia:

Escrito_____

Hablado _____

4) ¿Cuida niños en los días festivos? ☐ Si ☐ No, Si contestó *si*, cual días festivos?
☐ Día de los Presidentes
☐ Día de Recordación (Memorial Day)
☐ Día de la Independencia
☐ Día de Trabajo

(Esto no es una preautorización, esto es para nuestra información. Usted debe ser preautorizada para cada fiesta, si quiere reclamarlas.)
No se pueden reclamar estos festivos: Año Nuevo, Pascua, Acción de Gracias y Navidad

5) Horas de cuidado

de AM PM a AM PM

Horas Alternativas

Qué días? _____

de AM PM a AM PM

6) Días de la semana en que provee el cuidado:
☐ Domingo ☐ Jueves
☐ Lunes ☐ Viernes
☐ Martes ☐ Sábado
☐ Miércoles

7) Comidas / horas reclamadas:

A. Desayuno ☐ _____ a _____
B. Merienda de la Mañana ☐ _____ a _____
C. Almuerzo ☐ _____ a _____
D. Merienda de la Tarde ☐ _____ a _____
E. Cena ☐ _____ a _____
F. Merienda ☐ _____ a _____

Días / horas de comidas alternativos:

Anote los días / turnos alternativos: _____

A. Desayuno ☐ _____ a _____
B. Merienda de la Mañana ☐ _____ a _____
C. Almuerzo ☐ _____ a _____
D. Merienda de la Tarde ☐ _____ a _____
E. Cena ☐ _____ a _____
F. Merienda ☐ _____ a _____

(**Debe haber un mínimo de 2 horas entre comidas y meriendas**)

8))¿Hay una persona que le ayuda ó hay una sustituta?
☐ Sí ☐ No

Si es así, lista los nombres:_____

Teléfono(s): _____

9) Trabaja fuera de su casa? ☐ Sí ☐ No

Si es así, horas del trabajo: de_____ a _____

Nombre del Trabajo:_____

Teléfono: _____

10) Licenciada / Certificada / FFN proveedoras (a partir de la fecha de la aplicación)

A. Fecha de Vencimiento _____
B. Capacidad / limite _____

11) Solo para proveedoras de Cuidado Familiar: *Yo certifico que TODOS los niños de afuera de los cuales yo proveo cuidado son hermanos (incluyendo hermanastros), nietos, bisnietos, sobrinos (hijos de hermanos o cuñados), o hijos de sobrinos.* **Iniciales de la proveedora** _____

Solamente pare proveedoras de Cuidado Familiar y Cuidado Alterno:
Certifico que completaré y mantendré una verificación de antecedentes actual para todas las personas de mi hogar mayores de 12 años. **Iniciales de la proveedora** _____

12) Cantidad de:

A. Niños menores de 2 _____
B. Niños propios _____
C. Niños de Afuera _____

Número de niños propios de la proveedora menores de 4 años: _____

13) ¿Alguna vez le ha sido negado una licencia, certificado residencial o FFN aprobación?
☐ Sí ☐ No ¿Cuando? _____ Explique:

14) Origen étnico:
☐ Hispano o Latino
☐ No Hispano o Latino

15) Raza / Origen étnico:
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático
☐ Negro ☐ De las Islas del Pacífico ☐ Blanco

(Contestar estas preguntas es opcional, sin embargo, la información es federalmente requerida por Helping Hands, Inc. Si usted decide no responder, Helping Hands, Inc. la completará de la mejor forma posible.)

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.

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