

Formulario de inscripción para proveedores de cuidado de niños

Padres: entreguen este formulario inmediatamente al proveedor de cuidado de niños.

Instrucciones para el proveedor: — Guarde esta página para sus archivos.

- 1. Responda en forma completa y firme el Formulario de Inscripción para Proveedores de Cuidado de Niños que se adjunta.**
 - ▶ Use **tinta negra o azul** y escriba en letra de imprenta legible.
- Los proveedores que deben tomar la *Capacitación sobre salud y seguridad* deberán hacerlo antes de presentar este formulario de inscripción. Para obtener más información, ver la pregunta 16A del formulario de inscripción. Para tomar este curso por Internet, vaya a:
www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx.
Esta capacitación es adicional a cualquier otra capacitación que usted haya realizado.
- Si tiene preguntas llame a la Unidad de Pago Directo o DPU al 1-800-699-9074 (*línea gratuita*) o al 503-378-5500 (*en el área de Salem*).
- Presente este formulario dentro de los 30 (treinta) días de la fecha indicada en la sección “Solo para uso de la oficina de DHS”. **Envíe el formulario completo a:** DPU, P.O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850 o por fax al 503-378-5953.

Información importante

El Departamento de Servicios Humanos (*Department of Human Services* o DHS) ayuda a pagar el costo del cuidado de niños a las familias que reciben asistencia. Usted podrá recibir pago por los cuidados que brinde a un niño elegible a partir de la fecha en que DHS apruebe su inscripción como proveedor. DHS no pagará por cuidado brindado antes de la fecha de aprobación de la inscripción, ni ningún cuidado que usted haya brindado si DHS no lo aprueba como proveedor.

- Los proveedores deben cumplir con todas las normas y requisitos para proveedores de DHS para poder recibir pagos de DHS. Las normas y requisitos se encuentran en la *Guía para Proveedores de Cuidado de Niños (DHS 7492)* o en www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/pages/index.aspx
- DHS verifica los antecedentes de los proveedores de cuidado de niños exentos de obtener licencia por parte de la Oficina de Cuidado de Niños (*Office of Child Care* u OCC). Las verificaciones incluyen lo siguiente:
 - Verificación de antecedentes penales y en los Servicios de Protección de Niños (*Child Protective Services* o CPS) respecto del proveedor, de toda persona mayor de 16 años de edad que viva en el hogar, de toda persona que visite el hogar y tenga acceso sin supervisión a los niños bajo cuidado, del director del establecimiento y de cualquier otro empleado que tenga acceso sin supervisión a los niños bajo cuidado.
 - Un visitante es toda persona que, aunque no viva en el hogar del proveedor, pasa tiempo en el mismo mientras se proveen cuidados. Esta situación se da, por ejemplo, cuando el proveedor debe trasladarse a otra área de la casa (*el baño, los dormitorios, la cocina*), dando al visitante una oportunidad de tener acceso, sin supervisión, a uno o más niños.
- Este no es un formulario de cobro. Usted recibirá un formulario de cobro si DHS lo aprueba para recibir pagos por cuidado de niños y si los padres del niño son elegibles para recibir asistencia para cuidado de niños.
- La familia también puede ser responsable del pago de una parte del cuidado de niños.
- Si el niño tiene más de un proveedor de cuidado, cada proveedor recibirá un porcentaje de las horas de cuidado por mes.
- Si usted está exento de obtener una licencia de la OCC, deberá asistir a la clase de orientación de DHS dentro de los 90 (noventa) días de la fecha en que usted reciba la aprobación. Se le enviará más información al respecto.

Para obtener más información sobre el cuidado de niños, visite el sitio de información sobre cuidado de niños de DHS:

www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/pages/index.aspx

Contactos importantes:

- **Direct Pay Unit (DPU)** P. O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850 1-800-699-9074 (*sin cargo*) o 503-378-5500 (*área de Salem*)
- **Child Care Resource and Referral Centralized Coordination:** 1-800-342-6712 (*sin cargo*)

Cambios que se deben informar dentro de los 5 (cinco) días de ocurridos:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono del proveedor, y del lugar donde se brinda el cuidado.
- Toda persona nueva (*mayor de 16 años de edad*) que se encuentre en el hogar o establecimiento, o toda persona que visite el hogar durante las horas en que se brinda el cuidado y que tenga acceso a los niños sin supervisión.
- Todo nuevo arresto, condena o situación en la que hayan intervenido los CPS (*Bienestar de Niños*), en relación con cualquiera de las siguientes personas:
 - Usted;
 - cualquier persona mayor de 16 años de edad que viva con usted;
 - visitantes; y
 - cualquier otra persona que deba figurar en el formulario de inscripción.
- Si ahora tiene una licencia de la OCC o cambia de tipo de licencia de la OCC.
- Si ya no tiene licencia de la OCC.
- Si ya no cumple con los requisitos para proveedores de DHS, tales como los requisitos de salud y seguridad.
- Si ahora es proveedor de cuidados a domicilio para algún programa de Ancianos y Discapacitados (APD), o proveedor de apoyo personal para algún programa de Discapacidades del Desarrollo o de Adicciones y Salud Mental.
- Si es proveedor de cuidados a domicilio o proveedor de apoyo personal, deberá notificar a la DPU cualquier cambio del tipo de cuidados que usted brinda, o si tiene más clientes a su cuidado.

Preguntas frecuentes

- P.** Tengo dudas sobre la forma de llenar el *Formulario de Inscripción para Proveedores de Cuidado de Niños (DHS 7494)*. ¿A quién llamo?
- R.** Llame a la Unidad de Pago Directo al 1-800-699-9074 o al 503-378-5500 (en el área de Salem).
- P.** Quisiera saber más sobre la forma en que funciona el programa de cuidado de niños de DHS. ¿Cómo obtengo esta información?
- R.** Para más información y todas las normas y requisitos para proveedores, vaya al sitio en Internet de DHS www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/pages/index.aspx En esta página también encontrará la *Guía para Proveedores de Cuidado de Niños (DHS 7492)*.
- P.** ¿Debo tener licencia de la OCC?
- R.** La página de Internet de la OCC está dirigida a los proveedores familiares y establecimientos de cuidado de niños. Allí encontrará información sobre los proveedores que no tienen que obtener una licencia de la OCC (*o sea, que están exentos*). Vaya a <http://www.oregon.gov/OCC/Pages/forproviders.aspx>
- P.** Además de llenar el *Formulario de Inscripción para Proveedores de Cuidado de Niños*, ¿qué debo hacer para comenzar el proceso de inscripción y obtener la aprobación de DHS?
- R.** Si se lo requieren, tome la capacitación sobre salud y seguridad por Internet antes de presentar el formulario de inscripción. Para más información, vea la pregunta 16A del *Formulario de Inscripción para Proveedores de Cuidado de Niños*. La capacitación se encuentra en www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx
- P.** Me aprobaron como proveedor de cuidado de niños pero todavía no recibí un formulario de cobro. ¿Qué debo hacer?
- R.** Haga que los padres que reciben asistencia para cuidado de niños llamen a la DPU al 1-800-699-9074. Los padres también pueden platicar con el trabajador de su caso en la oficina local.
- P.** ¿Cómo cobraré?
- R.** Usted puede recibir pagos para un niño elegible por los cuidados que usted le haya brindado a partir de la fecha en que DHS apruebe su inscripción. Usted recibirá los formularios de cobro si los padres son elegibles al momento que usted obtenga la aprobación y hayan informado a DHS que usted es el proveedor de cuidado de niños de su hijo. Para recibir pagos de DHS, usted debe llenar el formulario de cobro y enviarlo una vez que haya prestado todos los servicios de cuidado *correspondientes al período indicado en el formulario*. Si necesita más información sobre el proceso de facturación y pago, vea la *Guía para Proveedores de Cuidado de Niños (DHS 7492)*, vaya a www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/pages/index.aspx o llame a la DPU al 1-800-699-9074.

Conserve esta página para sus registros

SP DHS 7494d (6/15) recycle prior versions

Inscripción para proveedores de cuidado de niños

Envíe este formulario por correo a:
Direct Pay Unit, P.O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850
o por fax al: 503-378-5953.

Si tiene preguntas: 1-800-699-9074 (*sin cargo*) o 503-378-5500 (*área de Salem*)

DHS branch use only

PRE-LIST

| | | | |
|------------|-------------|------------------|--------|
| DPU | DPU worker: | Provider number: | Notes: |
|------------|-------------|------------------|--------|

Sección para el proveedor de cuidado de niños — use tinta azul o negra

| | | |
|---|---|------------------------|
| 1. Nombre que usa en los registros del IRS: | 2. N° de Seguro Social o identificación del IRS: | 3. Correo electrónico: |
| 4. Nombre a imprimir en el cheque: | 5. Dirección donde provee el cuidado: Ciudad: Estado: CP: | |
| 6. N° de teléfono (<i>incluir el código de área</i>): | 7. Dirección donde usted vive: Ciudad: Estado: CP: | |
| 8. Idioma preferido: | 9. Dirección postal (<i>si es diferente</i>): Ciudad: Estado: CP: | |

10. **Etnia:** Hispano/latino No hispano/latino
Herencia racial: Asiático Blanco Negro o afroamericano
 Indígena americano/nativo de Alaska Nativo de Hawái/Islands del Pacífico

No tiene obligación de dar sus datos de etnia ni de herencia racial.

Su situación de proveedor no se verá afectada si decide no dar estos datos.

11. El hogar donde se brinda el cuidado de niños ¿es un hogar de crianza certificado? Sí No
Si contestó “Sí”, adjunte la carta del certificador de cuidado de crianza de DHS que lo aprueba para brindar cuidado de niños en ese hogar. De lo contrario, se cancelará la inscripción.

- 12 a) ¿Trabaja usted como proveedor de cuidados a domicilio para algún programa de Ancianos y Discapacitados (*Aging and People with Disabilities* o APD)? Sí No
 Si contestó “Sí” a la pregunta 12a), indique aquí su número de proveedor: _____.
- b) ¿Trabaja usted como proveedor de apoyo personal para algún programa de Discapacidades del Desarrollo (*Development Disabilities* o DD) o de Adicciones y Salud Mental (*Addictions and Mental Health* o AMH)? Sí No
 Si contestó “Sí” a la pregunta 12b), indique aquí su número de proveedor: _____.

Si contestó “Sí” a la pregunta 12a o 12b, adjunte una hoja tamaño carta con sus horarios de trabajo (*día y hora*) para cada tipo de cuidado que usted va a brindar. Incluya también el horario de cuidado de niños. Si no adjunta sus horarios, se considerará que su formulario de inscripción está incompleto y se lo enviaremos de vuelta. Puede pedirle más información para determinar su elegibilidad como proveedor de cuidado de niños.

13. Marque este casillero si usted brinda cuidado de niños **en el hogar donde vive el niño.**

14. Dé la lista de los niños de familias de DHS que usted cuidará (*adjunte más hojas si es necesario*).

| Nombre del niño (<i>nombre y apellido</i>) | Fecha de nacimiento | Marque si no es pariente | Marque la casilla correspondiente si es pariente del niño: |
|--|---------------------|--------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Bisabuelo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío o tía (<i>no incluir tíos abuelos</i>) |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Bisabuelo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío o tía (<i>no incluir tíos abuelos</i>) |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Bisabuelo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tío o tía (<i>no incluir tíos abuelos</i>) |

* La relación debe establecerse por consanguinidad, adopción o matrimonio. Deben incluirse las relaciones establecidas antes de la adopción del niño. Las relaciones establecidas por matrimonio continúan aunque el matrimonio se haya disuelto por fallecimiento o divorcio.

Todos los proveedores de cuidado de niños deben contestar el cuestionario de requisitos básicos para proveedores y de requisitos de salud y seguridad.

| 15. Requisitos básicos para proveedores | ¿Cumple usted con los requisitos? |
|--|---|
| Obtendré la licencia de la OCC si la ley así lo requiere. Para saber quiénes están exentos de obtener licencia, llame a la OCC al 503-947-1400 o al 1-800-556-6616, o visite el sitio en Internet de la OCC www.childcareinoregon.org . | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Soy mayor de 18 años de edad y comprendo que soy legalmente responsable por la veracidad de lo indicado en este formulario y por devolver cualquier pago que reciba de más. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Soy la persona específica o represento al establecimiento que brinda cuidado de niños. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Mi salud física y mental es tal que no afectará negativamente mi capacidad para satisfacer las necesidades de seguridad, salud y bienestar de los niños que reciben mis cuidados. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Marque “Sí” si usted cumple con este requisito: El proveedor no puede ser el padre o la madre, padrastro o madrastra o tutor legal del niño, ni pertenecer al mismo grupo de presentación (es decir, el mismo caso del programa de <i>Asistencia Temporal para Familias Necesitadas</i> o TANF, o del programa de <i>Cuidado de Niños Relacionado con el Empleo</i> o ERDC) que el niño. Marque “No” si usted no cumple con este requisito. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Marque “Sí” si usted cumple con este requisito: El proveedor no puede ser portador de una tarjeta de permiso para usar marihuana con fines médicos ni distribuir, cultivar o consumir marihuana (<i>incluso marihuana para uso médico</i>) o cualquier otra sustancia controlada (<i>excepto los medicamentos recetados legítimamente o de venta libre</i>). Marque “No” si usted no cumple con este requisito. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Brindaré cuidado de niños en forma saludable, segura y confiable. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Conservaré registros de facturación y de asistencia diaria que muestren los horarios de entrada y salida de cada día de todos los niños que estén bajo mi cuidado. Los registros de asistencia deben conservarse por al menos un año. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Permitiré que DHS revise mis registros de asistencia. Entiendo que incurriré en pagos de más si no presento los registros de asistencia cuando me lo soliciten para verificar las horas facturadas. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Trataré a las familias que reciben ayuda de DHS de la misma manera que a las demás familias, y les cobraré la misma tarifa que la que cobro normalmente a las otras familias. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si no tengo obligación de recibir licencia de la OCC, si soy un proveedor nuevo o estoy renovando mi inscripción luego de una pausa de un año o más, acepto asistir a la clase de orientación sobre cuidado de niños de DHS dentro de los 90 días de obtener la aprobación de DHS. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

16. A) Capacitación obligatoria sobre salud y seguridad: Usted debe completarla antes de entregar este formulario de inscripción. El formulario de inscripción no se procesará y se lo devolveremos si no ha completado esta capacitación. Si usted tiene un centro certificado o es un proveedor certificado para familias según la OCC, no necesita llenar esta sección.

Pase a la pregunta 16.B).

Si usted es un **proveedor registrado para familias (RFM) o está exento de obtener licencia de la OCC**, deberá tomar la capacitación básica sobre salud y seguridad en cuidado de niños (BCCHS) por Internet o asistir a la clase de tres horas sobre salud y seguridad para niños de Oregón (OKHS) antes de entregar este formulario de inscripción para proveedores. La capacitación básica sobre salud y seguridad en cuidado de niños (BCCHS) se encuentra en www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx

He completado la capacitación básica sobre *salud y seguridad en cuidado de niños* (BCCHS) por Internet. **Si marcó “Sí”, no deberá hacer nada más, ya que cuando usted completa la capacitación, DHS recibe la notificación automáticamente. O**

Sí No

He completado la clase de tres horas sobre *salud y seguridad para niños de Oregón* (OKHS). **Si marcó “Sí”, adjunte su certificado.**

Sí No

Es posible que usted no tenga que completar la capacitación básica sobre salud y seguridad en cuidado de niños si cumple con alguna de las siguientes exenciones: ¿Su idioma preferido para comunicarse es el inglés? *(Si marcó “No”, usted está exento por el momento)*

Sí No

¿Tiene acceso a Internet? *(Si marcó “No”, usted está exento por el momento)*

Sí No

16. B) Requisitos de salud y seguridad. Si usted no tiene que tener licencia de la OCC y contesta “No” a alguna de las preguntas del **siguiente cuadro 16.B)**, lo llamaremos para ayudarle a cumplir con estos requisitos. Para que se apruebe su inscripción, debe cumplir con los mismos en un plazo de 30 días.

| 16. B) Requisitos para el hogar o establecimiento <i>(todos los proveedores de cuidado de niños deben responder esta sección)</i> | ¿Cumple su hogar o establecimiento con estos requisitos? |
|--|---|
|--|---|

| | |
|---|---|
| Cada piso que utilizan los niños tiene dos salidas al exterior habilitadas <i>(incluso una puerta o ventana corrediza que se pueda usar para evacuar a los niños)</i> . Si se usa un segundo piso para cuidar niños, existe un plan de evacuación de niños por escrito. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|---|

| | |
|---------------------|---|
| Tiene agua potable. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---------------------|---|

| | |
|---|---|
| Tiene un detector de incendios funcionando en cada piso y en cada área donde duermen los niños. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|---|

| | |
|---|---|
| El edificio, los terrenos, los juguetes, el equipamiento y los muebles se mantienen limpios, higiénicos y libres de peligros. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|---|

| | |
|--|---|
| Tiene un teléfono que funciona <i>(indicar el número de teléfono en la pregunta 6)</i> . | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Las chimeneas, calefactores, tomacorrientes, estufas a leña, escaleras, albercas, lagunas y otros peligros poseen barreras para proteger a los niños. Todos los portones y cercas tienen el sello de certificación de la Asociación de Fabricantes de Productos para Menores <i>(Juvenile Products Manufacturers Association o JPMA)</i> . | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Las armas, municiones y otros elementos que puedan ser peligrosos para los niños, tales como alcohol, sustancias para inhalar, tabaco, cigarrillos electrónicos, fósforos, encendedores, medicamentos recetados legítimamente o de venta libre, artículos de limpieza, pintura, bolsas de plástico y materiales venenosos o tóxicos, se guardan en un lugar seguro fuera del alcance de los niños. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|---|

| 16. C) Requisitos adicionales para el hogar o establecimiento (<i>todos los proveedores de cuidado de niños deben responder esta sección</i>) | ¿Cumple su hogar o establecimiento con estos requisitos? |
|---|--|
| <p>Marque “Sí” (<i>cumple con el requisito</i>) si nadie fuma ni porta artículos para fumar encendidos, tales como cigarrillos electrónicos y vaporizadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el hogar o establecimiento o dentro de un radio de 10 pies (30 metros) de cualquier entrada, salida, ventana que se abre o toma de ventilación de un área cerrada durante las horas en que se brinda cuidado de niños o en cualquier momento en que se encuentren presentes los niños que reciben cuidado. • En automotores, cuando los pasajeros son niños en cuidado. O <p>Marque “No” si no cumple con el requisito.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <p>Marque “Sí” (<i>cumple con el requisito</i>) si nadie utiliza tabaco sin humo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el hogar o establecimiento durante las horas en que se brinda cuidado de niños o en cualquier momento en que se encuentren presentes los niños que reciben cuidado. • En automotores, cuando los pasajeros son niños en cuidado. O <p>Marque “No” si no cumple con el requisito.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <p>Marque “Sí” (<i>cumple con el requisito</i>) si nadie se encuentra bajo la influencia del alcohol, sustancias controladas (<i>excepto los medicamentos recetados legítimamente o de venta libre</i>) o marihuana (<i>incluso marihuana para uso médico</i>) en el establecimiento durante las horas en que se brinda cuidado de niños o en cualquier momento en que se encuentren presentes los niños que reciben cuidado. O</p> <p>Marque “No” si no cumple con el requisito.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <p>Marque “Sí” (<i>cumple con el requisito</i>) si nadie consume alcohol o sustancias controladas (<i>excepto medicamentos recetados legítimamente o de venta libre</i>) o marihuana (<i>incluso marihuana para uso médico</i>) en automotores, cuando los pasajeros son niños en cuidado. O</p> <p>Marque “No” si no cumple con el requisito.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <p>Marque “Sí” (<i>cumple con el requisito</i>) si en el establecimiento no hay sustancias controladas (<i>excepto medicamentos recetados legítimamente o de venta libre</i>), marihuana (<i>incluso marihuana para uso médico, marihuana comestible y otros productos que contengan marihuana</i>), plantas de marihuana y sus derivados ni otros artículos relacionados durante las horas en que se brinda cuidado de niños o en cualquier momento en que se encuentren presentes los niños que reciben cuidado. O</p> <p>Marque “No” si no cumple con el requisito.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <p>Marque “Sí” (<i>cumple con el requisito</i>) si el cuidado de niños no se brinda en una casa de transición, un hotel, un motel, un refugio o cualquier otro tipo de vivienda temporal, tales como una tienda de campaña, una caravana o una casa rodante. El cuidado con licencia (<i>registrado o certificado</i>) aprobado en un hotel, motel o refugio está permitido. O</p> <p>Marque “No” si no cumple con el requisito.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <p>Marque “Sí” (<i>cumple con el requisito</i>) si el cuidado de niños no se brinda en una estructura diseñada para ser transportable y que no está sujeta al suelo, a otra estructura o a cualquier servicio público en el mismo sitio. O</p> <p>Marque “No” si no cumple con el requisito.</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| 16. D) Requisitos adicionales de salud y seguridad (<i>todos los proveedores de cuidado de niños deben responder esta sección</i>) | ¿Cumple con estos requisitos? |
|--|---|
| Supervisaré a los niños bajo mi cuidado en todo momento. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Los proveedores de cuidado de niños y todas las personas que supervisan, trasladan, preparan comidas o trabajan cerca de los niños bajo cuidado, y las personas encargadas de tomar la asistencia diaria y preparar los registros de cobro no se encuentran bajo la influencia del alcohol o las drogas. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Evitaré el acceso a los niños bajo cuidado por parte de personas cuyo comportamiento pueda dañar a los niños, tales como quienes se encuentran bajo la influencia del alcohol o las drogas. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Denunciaré toda sospecha de abuso contra cualquier niño bajo cuidado a la oficina de los Servicios de Protección de Niños de DHS (<i>Bienestar de Niños</i>) o a la policía. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Revisaré el calendario de vacunas con los padres y mantendré al día los registros de vacunación. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tomaré medidas para prevenir el contagio de enfermedades infecciosas. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Permitiré que los padres con custodia tengan acceso inmediato a sus hijos en todo momento mientras éstos estén bajo cuidado. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cumpliré con las leyes estatales y federales sobre los sistemas de seguridad para niños y el uso del cinturón de seguridad en vehículos, la seguridad al andar en bicicleta y las normas sobre cunas establecidas en 16 CFR 1219 y 1220. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Pondré a dormir a los bebés boca arriba. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

17. Marque este casillero si usted tiene actualmente una licencia de la OCC.
 Indique aquí el número de su licencia de la OCC: _____ .
 Pase a la pregunta 20 en la página 7 (*puede saltar las preguntas 18 y 19*).

18. Marque este casillero si usted tiene un **establecimiento de cuidado de niños** exento de licencia de la OCC.

19. Verificación de antecedentes. Lea atentamente y complete. Si falta información, le devolveremos el formulario por estar incompleto. Los proveedores con licencia de la OCC no tienen que responder esta sección (*ir a la pregunta 20*). **Quién debe completar y firmar esta sección** (*pregunta 19*):

- El proveedor.
- Todas las personas que viven en el hogar (*mayores de 16 años de edad*). Incluya al padre o la madre del niño a quien usted cuida, si viven en la misma casa.
- Proveedores sustitutos o de reemplazo.
- Cualquier visitante que tenga acceso sin supervisión a los niños bajo cuidado. El término “acceso sin supervisión” se aplica a la mayoría de las personas que visitan el hogar del proveedor durante las horas en que éste brinda cuidado de niños. Es probable que el visitante pueda tener acceso sin supervisión a los niños bajo cuidado cuando el proveedor se encuentra en otra área de la casa (*baño, cocina u otras áreas donde duermen los niños*).
- Si usted brinda cuidados en el hogar del niño y usted vive en otro lugar, solamente usted (el proveedor) debe completar y firmar esta pregunta (*pregunta 19*).
- El director de un establecimiento que se encuentre exento de las normas que surgen de ORS 329A.250 y todos los empleados que puedan tener acceso sin supervisión a los niños bajo cuidado.

Al firmar este formulario, usted autoriza a DHS, al sistema judicial del estado y a otras agencias a divulgar esta información y a comunicarse con el exclusivo propósito de determinar y revisar su elegibilidad como proveedor.

- Cada una de las personas debe aprobar una verificación de antecedentes penales y en los Servicios de Protección de Niños (*Bienestar de Niños*).
- **Los proveedores deben asegurarse de entregar información completa sobre cada persona que deba firmar este formulario. El no mencionar a alguna persona o no indicar los antecedentes completos, ya sean penales o en los Servicios de Protección de Niños, se considerará una causal para denegarle la elegibilidad de recibir pagos, por lo que es posible que usted reciba pagos de más y deba devolverlos.**

19. El proveedor de cuidado de niños (o director de un establecimiento) debe completar este cuadro. Escriba en letra de imprenta clara y firme. (Los proveedores que actualmente tienen licencia de la OCC pueden saltar la pregunta 19. El número de la licencia debe figurar en la pregunta 17.)

| | | | |
|--|-------------------------------|---|--|
| Nombre (<i>apellido, nombre, inicial 2º nombre</i>): | Otros nombres que haya usado: | Firma autorizante: | |
| Nº de licencia de conducir o Nº de documento de identidad y estado: | Fecha de nac.: | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Nº de seguro social (<i>si no tiene, indique "n/c"</i>): |
| ¿Vivió usted fuera de Oregón al menos 60 días en los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> Sí, indicar estado(s): _____ <input type="checkbox"/> No ¿Fue arrestado o condenado alguna vez por algún delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En algún momento estuvo involucrado con los Servicios de Protección de Niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí" en alguno de los casilleros, adjunte una hoja tamaño carta con la explicación de todos sus antecedentes, tanto actuales como pasados. Indique cada incidente, la fecha y el lugar. | | | |

Las personas mayores de 16 años de edad que viven en el hogar y todos los demás empleados, voluntarios y visitantes (ver la hoja de información) deben completar esta sección. Cada persona que esté obligada a realizar una verificación de antecedentes debe responder las preguntas y firmar. Si necesita más espacio, adjunte más hojas a este formulario.

| | | | |
|---|-------------------------------|---|--|
| Nombre (<i>apellido, nombre, inicial 2º nombre</i>): | Otros nombres que haya usado: | Firma autorizante: | |
| Nº de licencia de conducir o Nº de documento de identidad y estado: | Fecha de nac.: | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Nº de seguro social (<i>si no tiene, indique "n/c"</i>): |
| Marque uno: <input type="checkbox"/> Vivo en el hogar <input type="checkbox"/> Soy visitante <input type="checkbox"/> Soy empleado o voluntario ¿Vivió usted fuera de Oregón al menos 60 días en los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> Sí, indicar estado(s): _____ <input type="checkbox"/> No ¿Fue arrestado o condenado alguna vez por algún delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En algún momento estuvo involucrado con los Servicios de Protección de Niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí" en alguno de los casilleros, adjunte una hoja tamaño carta con la explicación de todos sus antecedentes, tanto actuales como pasados. Indique cada incidente, la fecha y el lugar. | | | |

| | | | |
|---|-------------------------------|---|--|
| Nombre (<i>apellido, nombre, inicial 2º nombre</i>): | Otros nombres que haya usado: | Firma autorizante: | |
| Nº de licencia de conducir o Nº de documento de identidad y estado: | Fecha de nac.: | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Nº de seguro social (<i>si no tiene, indique "n/c"</i>): |
| Marque uno: <input type="checkbox"/> Vivo en el hogar <input type="checkbox"/> Soy visitante <input type="checkbox"/> Soy empleado o voluntario ¿Vivió usted fuera de Oregón al menos 60 días en los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> Sí, indicar estado(s): _____ <input type="checkbox"/> No ¿Fue arrestado o condenado alguna vez por algún delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En algún momento estuvo involucrado con los Servicios de Protección de Niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí" en alguno de los casilleros, adjunte una hoja tamaño carta con la explicación de todos sus antecedentes, tanto actuales como pasados. Indique cada incidente, la fecha y el lugar. | | | |

| | | | |
|---|-------------------------------|---|--|
| Nombre (<i>apellido, nombre, inicial 2º nombre</i>): | Otros nombres que haya usado: | Firma autorizante: | |
| Nº de licencia de conducir o Nº de documento de identidad y estado: | Fecha de nac.: | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Nº de seguro social (<i>si no tiene, indique "n/c"</i>): |
| Marque uno: <input type="checkbox"/> Vivo en el hogar <input type="checkbox"/> Soy visitante <input type="checkbox"/> Soy empleado o voluntario ¿Vivió usted fuera de Oregón al menos 60 días en los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> Sí, indicar estado(s): _____ <input type="checkbox"/> No ¿Fue arrestado o condenado alguna vez por algún delito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En algún momento estuvo involucrado con los Servicios de Protección de Niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí" en alguno de los casilleros, adjunte una hoja tamaño carta con la explicación de todos sus antecedentes, tanto actuales como pasados. Indique cada incidente, la fecha y el lugar. | | | |

20. ACUERDO DEL PROVEEDOR: Lea atentamente y firme al pie (todos los proveedores de cuidado de niños deben responder esta sección).

Para obtener más información, vea la *Guía para Proveedores de Cuidado de Niños (DHS 7492)* o visite nuestro sitio en Internet <https://apps.state.or.us/Forms/Served/ds7492.pdf> Si necesita una guía, comuníquese con la DPU al 1-800-699-9074 (*línea gratuita*) o al 503-378-5500 (*en el área de Salem*).

Acuerdo lo siguiente:

Informaré cualquiera de los siguientes cambios a la DPU dentro de los 5 días de ocurridos:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono del proveedor, y del lugar donde se brinda el cuidado de niños.
- Cualquier persona nueva (*mayor de 16 años de edad*) que vaya a vivir al hogar o al establecimiento, y cualquier persona nueva que visite el hogar durante las horas en que se brinda cuidado al niño y que tenga acceso al mismo sin supervisión.
- Todo nuevo arresto, condena o situación en la que hayan intervenido los Servicios de Protección de Niños (*Bienestar de Niños*), en relación con cualquiera de las siguientes personas:
 - Usted;
 - cualquier persona mayor de 16 años de edad que viva con usted;
 - visitantes; y
 - cualquier otra persona que deba figurar en el formulario de inscripción.
- Si ahora tiene una licencia de la OCC o ha cambiado de tipo de licencia.
- Si ya no tiene licencia de la OCC.
- Si ya no cumple con los requisitos para proveedores de DHS, tales como los requisitos de salud y seguridad.
- Si ahora es proveedor de cuidados a domicilio para algún programa de Ancianos y Discapacitados, o un proveedor de apoyo personal para algún programa de Discapacidades del Desarrollo o de Adicciones y Salud Mental.
- Si es proveedor de cuidados a domicilio o proveedor de apoyo personal, deberá notificar a la DPU cualquier cambio que ocurra en cuanto al tipo de cuidados que usted brinda, o si tiene más clientes en su caso.

Sí No

Acepto los requisitos para proveedores que se indican en este Formulario de Inscripción para Proveedores de Cuidado de Niños y en la *Guía para Proveedores de Cuidado de Niños (DHS 7492)*.

Sí No

He leído la *Guía para Proveedores de Cuidado de Niños (DHS 7492)* y comprendo lo que se requiere de mí como proveedor de cuidado de niños.

Sí No

Entiendo que si hago declaraciones falsas u oculto información puedo recibir sanciones estatales o federales.

Sí No

Afirmo, bajo pena de perjurio, que di información correcta y completa y que mi nombre y número de seguro social o número de identificación del Servicio Público de Recaudación (*Internal Revenue Service o IRS*) son válidos y correctos.

Sí No

Afirmo, bajo pena de perjurio, que la información que di sobre antecedentes penales y en los Servicios de Protección de Niños (*Bienestar de Niños*) es completa, y que devolveré todos los pagos que haya recibido si no divulgo esta información.

Sí No

Si decido afiliarme a un sindicato de proveedores, entiendo que las cuotas correspondientes se podrán deducir de mis pagos.

Sí No

Firma del proveedor o director

Fecha

Nombre del proveedor o director

Para asegurar que los pagos se realicen a su debido tiempo, indicamos aquí los motivos más comunes por los que los formularios quedan incompletos:

Revise el formulario de inscripción y marque los siguientes casilleros cuando estén completos.

- Completé la capacitación sobre salud y seguridad, *(si se requiere) (ver la pregunta 16a)*.
- El formulario está completo y las respuestas están escritas claramente en letra de imprenta.
- Si marqué "Sí" en la pregunta 11, adjunté la carta del certificador de cuidado de crianza de DHS.
- Si marqué "Sí" en las preguntas 12a o 12b, adjunté mis horarios de trabajo y mis horarios de cuidado de niños.
- Respondí todos los puntos de las preguntas 15 y 16 sobre los requisitos básicos para proveedores y los requisitos de salud y seguridad.
- Respondí todos los puntos de la pregunta 19 y adjunté la hoja con todos mis antecedentes penales o en los Servicios de Protección de Niños que sean necesarios *(este requisito no se aplica a proveedores con licencia)*.
- Imprimí todo el formulario *(las 7 páginas)* si ésta es una versión electrónica.
- Firmé la pregunta 19 *(este requisito no se aplica a proveedores con licencia)*.
- Otras personas ***(que están obligadas a realizar verificaciones de antecedentes)*** respondieron todos los puntos de la pregunta 19 y adjuntaron la hoja con todos sus antecedentes penales o en los Servicios de Protección de Niños que sean necesarios *(este requisito no se aplica a proveedores con licencia)*.
- Las demás personas firmaron la pregunta 19 *(este requisito no se aplica a proveedores con licencia)*.
- Completé, firmé y feché la pregunta 20.
- Envíe este formulario por correo a: DPU, P.O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850; o por fax al 503-378-5953.

Si tiene alguna pregunta sobre la forma de llenar este formulario, llame a la DPU al 1-800-699-9074 *(línea gratuita)* o al 503-378-5500 *(en Salem)*.