



# Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Aplicación: Asistente de cuidado infantil familiar / Asistente de emergencia/Sustituto

**Todas las secciones** de este formulario debe ser completado. Por favor, asegúrese de que todos los formularios adicionales se incluyen con esta solicitud y se presentan juntos. La falta de documentación puede resultar en la denegación de la solicitud.

## SECCIÓN 1: A SER LLENADO POR EL PROVEEDOR

<input type="checkbox"/> <b>N/D</b> (Compruebe <b>sólo</b> si solicita ser participante del subgrupo del FSE)				
Nombre del proveedor:				
Dirección:			Estado:	Código Postal
Teléfono: ( )-		Nombre del programa (si es diferente) :		
¿Cuál es su relación con este Asistente/Sustituto?				
<input type="checkbox"/> Esta aplicación es para un nuevo Asistente / Sustituto		<input type="checkbox"/> Esta aplicación es parte de un paquete de renovación para un asistente / sustituto ya asignado amí.		
Nombre(s) de asistentes/sustitutos Me gustaría que se eliminaran como resultado de esta adición. <i>Escriba N/A si esto es sólo una adición.</i>				
<b>Función que debe desempeñar el solicitante</b>				
<input type="checkbox"/> Asistente de la FCC	<input type="checkbox"/> FCC Asistente de emergencia	<input type="checkbox"/> Sustituto FCC	<input type="checkbox"/> Participante del grupo sustituto del FSE	

## Información del solicitante- A SER LLENADO POR EL SOLICITANTE

Apellido:		Nombre:		Medio:			
Doncella:		Otro:		DOB: / /			
SSN: --	sexo : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de licencia/ID:					
Dirección postal:							
Dirección:			Estado:	Código Postal			
Teléfono principal: ( )		Teléfono secundario: ( )					
Correo electrónico:							
¿Asistes a la escuela/universidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Escuela:				
<b>Horario de clases:</b>							
	<b>Domingo</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
<b>De:</b>							
<b>Hasta:</b>							
<b>Información de empleo</b>							
¿Estás empleado actualmente?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Aplicación: Asistente de cuidado infantil familiar / Asistente de emergencia/Sustituto**

**Todas las secciones** de este formulario debe ser completado. Por favor, asegúrese de que todos los formularios adicionales se incluyen con esta solicitud y se presentan juntos. La falta de documentación puede resultar en la denegación de la solicitud.

<b>En caso afirmativo, complete la siguiente información:</b>							
Nombre del empleador: _____							
Dirección: _____					Estado: _____		Codigo Postal _____
Teléfono: _____ ( ) – _____			Posición: _____				
Supervisor: _____			Número de teléfono: _____				
<b>Horas de trabajo:</b>							
	<b>Domingo</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
<b>De:</b>							
<b>Hasta:</b>							
<b>Si es asistente de emergencia, por favor enumere las horas que está disponible para ayudar en una emergencia:</b>							
	<b>Domingo</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
<b>De:</b>							
<b>Hasta:</b>							
<b>Preguntas Requeridas</b>							
<b>Tener you: ¿</b>							
¿Se ha encontrado que es el padre de un niño que ha sido abusado o descuidado?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido condenado por un delito que involucra abuso o negligencia infantil y / o abuso sexual?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha sido condenado por un delito de naturaleza moral y/o violenta?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Se sabe que abusa del alcohol y/o las drogas?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>experiencia:</b>							
¿Es usted asistente de cualquier otro proveedor o proveedores de cuidado infantil familiar? En caso afirmativo, proporcione los nombres y direcciones de los proveedores a continuación:							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted o alguna vez ha sido un proveedor de cuidado infantil familiar con licencia en el hogar? En caso afirmativo, ¿sigue interesado?							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es usted un Asistente de Emergencia para cualquier otro proveedor(es) de Cuidado Infantil Familiar? En caso afirmativo, proporcione los nombres y direcciones de los proveedores a continuación:							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>reconocimiento</b>							
De conformidad con RIGL 42-12.5-7, cualquier persona que haga declaraciones falsas puede ser procesada penalmente. Cualquier declaración falsa o engañosa podría causar la denegación o revocación de la Licencia de Hogar de Cuidado Infantil Familiar. He leído y entiendo el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island Familia y Grupo de Cuidado Infantil Regulaciones de Hogar para la Licencia. Mi firma a continuación da fe de mi voluntad de cumplir con estas regulaciones mientras soy asistente / asistente de emergencia en un hogar de cuidado infantil familiar / grupal. Autorizo a la oficina de licencias de cuidado infantil a obtener todos y cada uno de los registros mantenidos por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias y la Oficina del Fiscal General, División de Identificaciones Criminales.							

**Por la presente certifico que toda la información contenida en esta aplicación es fiel a lo mejor de mi conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
fecha