



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #06-85-OPE

REPLACEMENT OF CHILD CARE PROVIDER APPLICATION AND VOUCHER FORM (W-273B) AND OBSOLETION OF RELATED FORMS

<p>Date: June 19, 2006</p>	<p>Subtopic(s): Child Care</p>
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>The W-273B has been obsoleted. New York City will now use the State forms to enroll child care providers.</p> <p>The W-274W has been created to capture information required by NYC not captured on the State forms.</p> <p>Any existing W-273Bs on file must be updated to the State version.</p>	<p>This policy bulletin is to inform all staff that the Child Care Provider Application and Voucher form (W-273B) has been made obsolete. The Family Independence Administration (FIA) will convert to the New York State Office of Children and Family Services (OCFS) Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (OCFS-LDSS-4699) and Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care (OCFS-LDSS-4700).</p> <p>There is information required by the Automated Child Care Information System (ACCIS), however, that is currently not captured on these State forms. Therefore, the Child Care Provider Enrollment Supplement form (W-274W) has been created. The W-274W collects the provider/program's name, weekly child care rates, names of the child(ren) cared for and the schedule of child care services for each child in that provider/program's care. Both the parent/legal guardian and the child care provider must sign this form for it to be considered complete. The W-274W will be used in conjunction with the State forms to enroll informal and legally-exempt providers. In addition, the W-274W will also be the sole form used to enroll licensed and regulated programs/providers. Licensed and regulated programs/providers need <i>only</i> complete and sign the W-274W with the parent and give the parent/legal guardian a copy of the program's license for him/her to submit along with the W-274W.</p> <p>For all participants with child care already in place, the existing W-273B on file must be updated with the W-274W and the OCFS-LDSS-4699 or OCFS-LDSS-4700 as appropriate, by the next recertification.</p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 2 at the prompt followed by 765 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

The forms that must be completed to enroll each provider type are listed as follows:

Provider Type	Required Form(s)
Legally-Exempt Family or In-Home Child Care Providers (informal care/"babysitters")	W-274W; LDSS-4699
Legally-Exempt Group Child Care Providers (Refers to all non-licensed child care other than by informal child care providers. It includes, but is not limited to, child care programs run by school districts, private schools, non-profit organizations, summer camps and day-care centers)	W-274W; LDSS-4700
Licensed/Regulated Child Care Programs/Providers	W-274W

See Attachment **A** for an explanation of how the [OCFS-LDSS-4699](#) and [OCFS-LDSS-4700](#) are organized and completed.

Forms being made obsolete

Due to conversion to the [OCFS-LDSS-4699](#) and [OCFS-LDSS-4700](#), the following forms have become obsolete:

- Administration of Medication Enrollment Form for Child Care Providers (**W-273W**);
- How to Fill Out the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) – Part 1 (**W-273D**);
- Is This Child Care Provider Form Complete? (**W-273F**);
- Child Care Provider Application and Voucher Form Cover Letter (**W-273HH**);
- School Break Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I (**W-273PP**).

Provider enrollment forms are no longer mailed for engagement and recertification appointments.

Because different provider enrollment forms are required, depending on the type of provider used, the provider enrollment forms will no longer be mailed to participants prior to their engagement or recertification appointments. Instead, a Securing a Child Care Provider Prior to Engagement or Recertification (**W-274X**) letter has been created and will be sent along with the Child Care Fact Sheet and Planner (**W-574EE**) to potentially engageable participants who have children but do not appear to have child care in place.

The **W-274X** provides instructions on how the participant may obtain the appropriate provider enrollment form prior to his/her appointment and is designed to encourage the participant to secure a provider and/or document that child care is in place when s/he reports to his/her engagement or recertification appointment.

The **W-274X** replaces and makes obsolete the:

- Notice of Recertification Appointment (W-908T) Insert B Child Care Notice (**W-908T [I] B**)
- Reevaluation of Employability Status Appointment (Insert) (**W-584M [Insert]**)
- Notice to Report Employment Information (Insert) (**W-500M [I]**)
- Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Insert) (**W-500X [I]**)

Center Directors must ensure that all versions (including multilingual equivalents) of the **W-273B, W-273D, W-273HH, W-273PP, W-273W** and **W-908T (I) B, W-584M (Insert), W-500M (I),** and **W-500X (I)** are removed from circulation and recycled.

Effective Immediately

Attachments:

Attachment A	Organization of the State Child Care Provider Enrollment forms
OCFS-LDSS-4699	Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (Rev. 1/2005)
OCFS-LDSS-4699 (S)	Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (Spanish) (Rev. 1/2005)
OCFS-LDSS-4700	Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care (Rev. 1/2005)
OCFS-LDSS-4700 (S)	Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care (Spanish) (Rev. 1/2005)
W-274W	Supplement to the Child Care Provider Enrollment
W-274W (S)	Supplement to the Child Care Provider Enrollment (Spanish)
W-274X	Securing a Child Care Provider Prior to Engagement or Recertification
W-274X (S)	Securing a Child Care Provider Prior to Engagement or Recertification (Spanish)

🖨 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Obsolete Forms

W-273B	Child Care Provider Application and Voucher Form – Part 1
W-273B (S)	Child Care Provider Application and Voucher Form – Part 1 (Spanish)
W-273D	How to Fill Out the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) – Part 1
W-273D (S)	How to Fill Out the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) – Part 1 (Spanish)
W-273F	Is This Child Care Provider Form Complete?
W-273HH	Child Care Provider Application and Voucher Form Cover Letter
W-273PP	School Break Child Care Provider Application and Voucher Form – Part I
W-273W	Form for Child Care Providers Administration of Medication Enrollment
W-273W (S)	Form for Child Care Providers Administration of Medication Enrollment (Spanish)
W-500M (I)	Notice to Report Employment Information (Insert)
W-500M (I) (S)	Notice to Report Employment Information (Insert) (Spanish)
W-500X (I)	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Insert)
W-500X (I) (S)	Time Limits Eligibility Review Appointment Notice for Sanctioned Household (Insert) (Spanish)
W-584M (I)	Reevaluation of Employability Status Appointment (Insert)
W-584M (I) (S)	Reevaluation of Employability Status Appointment (Insert) (Spanish)
W-908T (I) B	Notice of Recertification Appointment (W-908T) Insert B Child Care Notice
W-908T (I) B (S)	Notice of Recertification Appointment (W-908T) Insert B Child Care Notice (Spanish)

Attachment A

Organization of the State Child Care Provider Enrollment forms

Organization of Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (OCFS-LDSS-4699)

The following is a description of each section on the **OCFS-LDSS-4699**. The language on the **OCFS-LDSS-4699** referring to “parent/caretaker” has the same meaning as “parent/legal guardian,” which is the term used on forms produced by the Family Independence Administration (FIA).

At the top of the first page of the **OCFS-LDSS-4699** is a large box for the collection of case information, including the parent/legal guardian’s name, address and case number and the provider’s name, address and Social Security number.

The **OCFS-LDSS-4699** is divided into eight sections denoted by Roman numerals:

- I. Provider’s Status
- II. Home Safety Checklist
- III. Criminal History Certifications
- IV. Administration of Medication
- V. History of Court-Ordered Article 10 Removal of a Child
- VI. History of Termination of Parental Rights
- VII. History of Suspension, Revocation or Denial of a License or Registration to Operate a Child Day Care Program
- VIII. Parent/Caretaker and Provider Certifications

I. Provider’s Status

The provider must indicate the type of care s/he provides, the rate s/he charges for providing care and the agreement reached between the parent/legal guardian and the provider as to the provision of meals and snacks.

II. Home Safety Checklist

This is the same as the Health and Safety Checklist in the now obsolete form **W-273B**.

III. Criminal History Certifications

This is the same as the Criminal History Certification in the now obsolete form **W-273B**.

IV. Administration of Medication

This is the same as in the now obsolete form **W-273W**.

V. History of Court-Ordered Article 10 Removal of a Child

Article 10 of the Family Court Act was designed to establish procedures to help protect children from injury or mistreatment and to help safeguard their physical, mental and emotional well-being.

The provider must complete and sign this section, attesting to whether s/he has ever had a court-ordered Article 10 removal of a child from his/her care.

If the provider has had a child removed from his/her care by the court, s/he *must* attach a written description of what led to the removal and the underlying reasons for the removal (see *Attached Written Descriptions* on page 3).

VI. History of Termination of Parental Rights

The provider must complete and sign this section, attesting to whether or not s/he has ever had his/her parental rights terminated.

If the provider has had his/her parental rights terminated, s/he *must* attach a written description of what led to the termination of parental rights and the underlying reasons for the termination (see *Attached Written Descriptions* on page 3).

VII. History of Suspension, Revocation or Denial of a License or Registration to Operate a Child Day Care Program

The provider must complete and sign this section, attesting to whether or not s/he has ever had a suspension, revocation or denial of a license or registration to operate a child day care program.

If the provider has had a suspension, revocation or denial of a license or registration to operate a child day care program, s/he *must* attach a written description of what led to it and the underlying reasons for it (see *Attached Written Descriptions* on page 3).

VIII. Parent/Caretaker and Provider Certifications

This is the same as the Parent or Guardian and Provider Certification in the now obsolete form **W-273B**.

Attached Written Descriptions for **OCFS-LDSS-4699** Sections V, VI and VII

The form must be reviewed to determine which box(es) a provider has checked in Part A of Sections V, VI and VII:

- If a provider has checked:
 - the second box in question 1 of either Section V or VI;
 - the first or second box in question 1 of Section VII; and/or
 - the second box in question 2 of Section VII,

there must be an attached written description from the provider for each box checked, which must be scanned and indexed into the case file.

- If the provider has not attached a written description, the enrollment form is incomplete:
 - explain that, in addition to the **OCFS-LDSS-4699**, a detailed description – written by the provider – is necessary to complete the provider enrollment form; and
 - schedule a return appointment for the parent/legal guardian to bring back the written description from the provider.
- If the provider will not submit a written description, subsidized payments cannot be authorized for this provider. The parent/legal guardian must either find another provider or be responsible for paying any fees required by this provider.

Organization of Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care (OCFS-LDSS-4700)

The following is a description of each section on the **OCFS-LDSS-4700**. The language on the **OCFS-LDSS-4700** referring to “parent/caretaker” has the same meaning as “parent/legal guardian,” which is the term used on forms produced by the Family Independence Administration (FIA).

The State form for enrolling informal group child care providers is the **OCFS-LDSS-4700**, which is very similar to the **OCFS-LDSS-4699**. At the top of the first page is a large box for the collection of case information, including the parent/legal guardian’s name, address and case number and the provider’s name, address and Social Security number.

The **OCFS-LDSS-4700** is then divided into nine sections denoted by Roman numerals:

- I. How Much is the Provider Charging for Each Child (In This Case)?
- II. Type of Program
- III. Facility Safety Checklist
- IV. Criminal History Certifications
- V. Administration of Medication
- VI. History of Court-Ordered Article 10 Removal of a Child
- VII. History of Termination of Parental Rights
- VIII. History of Suspension, Revocation or Denial of a License or Registration to Operate a Child Day Care Program
- IX. Parent/Caretaker and Provider Certifications

I. How Much is the Provider Charging for Each Child (In This Case)?

The provider must indicate the rate s/he charges for providing care for each child and the agreement reached between the parent/legal guardian and the provider as to the provision of meals and snacks.

II. Type of Program

The provider must indicate which of the eight statements best describes the type of child care program offered. If the provider checks box 1, 2, 3 or 4, s/he can proceed directly to Section IV, as s/he does not need to complete Sections III through VIII. If the provider checks box 5, 6, 7 or 8, s/he must complete the entire form. All providers must complete Section IX.

III. Facility Safety Checklist

This is the same as the Health and Safety Checklist in the now obsolete form **W-273B**.

IV. Criminal History Certifications

This is the same as the Criminal History Certification in the now obsolete form **W-273B**.

V. Administration of Medication

This is the same as in the now obsolete form **W-273W**.

VI. History of Court-Ordered Article 10 Removal of a Child

Article 10 of the Family Court Act was designed to establish procedures to help protect children from injury or mistreatment and to help safeguard their physical, mental and emotional well-being.

The provider must complete and sign this section, attesting to whether s/he has ever had a court-ordered Article 10 removal of a child from his/her care.

If the provider has had a child removed from his/her care by the court, s/he *must* attach a written description of what led to the removal and the underlying reasons for the removal (see *Attached Written Descriptions* on page 6).

VII. History of Termination of Parental Rights

The provider must complete and sign this section, attesting to whether or not s/he has ever had his/her parental rights terminated.

If the provider has had his/her parental rights terminated, s/he *must* attach a written description of what led to the termination of parental rights and the underlying reasons for the termination (see *Attached Written Descriptions* on page 6).

VIII. History of Suspension, Revocation or Denial of a License or Registration to Operate a Child Day Care Program

The provider must complete and sign this section, attesting to whether or not s/he has ever had a suspension, revocation or denial of a license or registration to operate a child day care program.

If the provider has had a suspension, revocation or denial of a license or registration to operate a child day care program, s/he *must* attach a written description of what led to it and the underlying reasons for it (see *Attached Written Descriptions* on page 6).

IX. Parent/Caretaker and Provider Certifications

This is the same as the Parent or Guardian and Provider Certification in the now obsolete form **W-273B**.

Attached Written Descriptions for **OCFS-LDSS-4700** Section VII and VIII

The form must be reviewed to determine which box(es) a provider has checked in Part A of Sections VI, VII and VIII:

- If a provider has checked:
 - the second box in question 1 of either Section VI or VII;
 - the first or second box in question 1 of Section VIII; and/or
 - the second box in question 2 of Section VIII,

there must be an attached written description from the provider for each box checked, which must be scanned and indexed into the case file.

- If the provider has not attached a written description, the enrollment form is incomplete:
 - explain that, in addition to the **OCFS-LDSS-4700**, a detailed description – written by the provider – is necessary to complete the provider enrollment form; and
 - schedule a return appointment for the parent/legal guardian to bring back the written description from the provider.
- If the provider will not submit a written description, subsidized payment can not be authorized for this provider. The parent/legal guardian must either find another provider or be responsible for paying any fees required by this provider.

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
**ENROLLMENT FORM FOR PROVIDER OF LEGALLY-EXEMPT
FAMILY CHILD CARE AND LEGALLY-EXEMPT IN-HOME CHILD CARE**

Parent/Caretaker's Name:		Case Number:
Address:		
Telephone:	Social Security Number* (Not required, please see below):	
Provider's Name:		Date Of Birth**:
Address Where Care Is Given:	Provider's Address (If Different):	
Telephone:	Social Security Number:	

* The parent/caretaker may, but does not have to list his/her social security number. You cannot be required to disclose your social security number as a condition of eligibility for child care services. If provided, your social security number will be used to assist in identifying your child care file, also be used by Social, State and Federal agencies to prevent duplication of services and fraud, and for federal reporting.

** If the provider is less than 18 years old, the employment of this Form must be completed.



I. PROVIDER'S STATEMENT

Provider: Check all statements and attach any necessary documents.

1. I provide care in my own home or another person's home. I provide care in my own home and submit the Agreement For Legally-Exempt In-Home Child Care.
2. I provide care in my own home or another person's home. (Also check box A, B or C below, whichever applies.)
 - A. I am either the grandparent, great-grandparent, great-great-grandparent, aunt/uncle, great aunt/great uncle, brother/ sister or first cousin of all the children in care; **OR**
 - B. I care for no more than 2 children (not counting my own children or any children older than 13 years); **OR**
 - C. I care for 3 or more children. However, I never have more than 2 children in care at the same time for more than three hours a day.
3. I provide care other than choices #1 or #2 above. (Attach an explanation).
4. I am on temporary assistance, medical assistance, or food stamps. My case # is: _____

How much is the provider charging for each child?

<u>Child's Name</u>	<u>Date of Birth</u>	<u>Amount Charged (per hour/day/week)</u>
A) _____	_____	_____
B) _____	_____	_____
C) _____	_____	_____

I agree that the amount I am charging the parent/caretaker signing this form is NOT MORE THAN the amount I am charging for other children of the same age and similar care.

Who will supply meals and snacks? Meals and snacks may be supplied either by the parent/caretaker or by the provider. Check the box that states what you have agreed to. If you want information about how your child care program can get money to help pay for meals and snacks, call the Child and Adult Care Food Program at 1(800) 942-3858.

- The provider will supply snacks and meals.
- The parent/caretaker will supply snacks and meals.
- Other – Explain: _____

II. HOME SAFETY CHECKLIST

Provider and parent/caretaker complete this section together.

A. THE PROVIDER MEETS THESE REQUIREMENTS BEFORE CARING FOR CHILDREN:

YES **NO**

- The provider and all children have two separate & remote ways to leave the building in an emergency.
- Rooms for children are well-heated, well-lighted and well-ventilated.
- The home is free of unsafe areas (such as swimming pools, open drainage ditches, wells, holes, wood or coal burning stoves, fireplaces, and gas space heaters). If there are unsafe areas, sturdy barriers are in place around the unsafe areas that keep children from getting to them.
- If child care is provided above the first floor, there are barriers or locks on the windows so children can not fall out.
- The water supply is safe. There are working toilets. There is hot and cold running water all the time.
- The provider, all volunteers who are likely to have regular contact with the children and all employees are physically able to provide child care and are free of any communicable disease. Additionally, all persons living in the home (other than the child's own home) are also free of any communicable diseases.
- The home is free of any dangerous or unsafe conditions that could hurt a child. This includes:
 - Knives and other sharp objects are out of the reach of children.
 - Small rugs, runners, and electrical cords are held in place so a child won't trip.
 - Electrical outlets do not overload and are out of the reach of children.
 - Extension cords are not overloaded.
 - Any gas and other flammable liquids are properly stored in a locked drawer or cabinet and the key is kept in a safe place.
 - Cords to power blinds, fans, shades, and other home appliances are out of children's reach.
 - Hot liquids are out of the reach of children.
 - Small items are kept out of the reach of children's reach.
- All matches, aerosols, medicines, drugs, cleaning materials, detergents, pesticides and other poisonous or toxic materials are stored in their original containers. Care is taken so that they do not come in contact with children, where food is prepared, or otherwise be a danger to the children. All of these materials are stored safely away from the children.
- Each child will receive meals and snacks according to what the parent/caretaker and the provider have agreed.
- Milk, formula and any food that goes bad if left out will be kept refrigerated.
- If the provider cares for infants, formula, breast milk and other food items for infants will not be heated in a microwave oven.
- The provider will always allow the custodial parent/caretaker or caretaker to have access to his/her child in care, to the home while the child is in care, and to any written records concerning the child.
- The provider will hold evacuation drills at least once a month with the children so they will know what to do in an emergency.
- The provider has a working telephone OR can get to one very quickly in an emergency. Emergency telephone numbers for the fire department, local police or sheriff's department, poison control center and ambulance service are posted near the phone and are easy to see.
- If a child in care is under 5 years old, protective caps, covers or permanently installed safety devices are used on all electrical outlets that the child could reach.
- Paint and plaster are in good repair so that there is no danger of children putting paint or plaster chips in their mouths or of it getting into food.
- There is at least one operating smoke detector on each floor of the home. The provider will check regularly to make sure all detectors work.
- The home has a portable first aid kit that is easy to get to in an emergency and is kept in a clean container away from children. It is stocked to treat common childhood injuries and problems. The provider will always replace things in the first aid kit as soon as possible after something has been used or is too old to be used.
- The parent/caretaker has given the provider signed proof from a doctor or other health care provider that: the child has received all of the immunizations appropriate for the child's age; OR that one or more of the immunizations would harm the child's health; OR the child's parent/caretaker provides a statement saying that the child has not been immunized due to the parent/caretaker's religious beliefs.
- Stairs, railings, porches and balconies are in good repair.

B. THE PROVIDER AGREES TO THE FOLLOWING CONDITIONS:

The provider WILL NEVER use corporal punishment or let others use corporal punishment while children are in care. Corporal punishment means doing things directly to a child's body to punish them such as: spanking; biting; shaking; slapping; twisting or squeezing; making the child do physical exercises beyond what is normal; forcing the child to stay still for long periods of time; making the child stay in positions that hurt the child or are bizarre; bathing the child in unusually hot or cold water; and forcing the child to eat or have in the child's mouth soap, foods, hot spices or foreign substances.

The provider WILL NEVER use or be under the influence of alcohol or drugs while children are in care and will make sure that children being cared for do not have contact with people using drugs or alcohol.

The provider WILL NOT smoke or allow smoking in indoor areas or other enclosed areas, such as cars or other vehicles, when children are present.

The provider WILL NEVER leave children alone or in the care of other people.

By signing the home safety checklist, the parent/caretaker and provider agree that they have inspected the home and that all statements on the form are true and accurate.

PROVIDER NAME (Print):	PROVIDER SIGNATURE/DATE:
PARENT/CARETAKER NAME (Print)	PARENT/CARETAKER SIGNATURE/DATE:

III. CRIMINAL HISTORY CERTIFICATIONS

To be completed by provider

I certify to the best of my knowledge and belief that (Choose one):
 have been convicted of a crime in New York State or any other place.
 have not been convicted of a crime in New York State or any other place.

I certify to the best of my knowledge and belief that person helping me care for children (Choose one):
 has been convicted of a crime in New York State or any other place.
 has not been convicted of a crime in New York State or any other place.

If care is provided in a home other than the child's own home, I certify to the best of my knowledge and belief that any person living in the home who is 18 years of age or older (Choose one):

- has** been convicted of a crime in New York State or any other place.
- has not** been convicted of a crime in New York State or any other place.

I certify that I have asked each person living in the home (other than the child's own home) who is age 18 or over, each volunteer who is likely to have regular contact with children in care, and each employee if he or she has been convicted of a crime.

If I, or any other person listed below has been convicted of a crime, I or that other person will provide true and accurate information in writing to the parent/caretaker(s) of the children I will be caring for and to the Department of Social Services concerning the crime(s), the date(s) of such convictions and any other relevant information.

I understand that I am not eligible to provide child care if I, or any other person listed below, has been convicted of a felony or misdemeanor against children.

I understand that I am not eligible to provide child care if I, or any such other person listed below, has been convicted of a violent or other serious crime unless extenuating circumstances relating to the conviction(s) exist.

I understand that I may request that the Department of Social Services review any extenuating circumstances to determine if an exception could be made to allow me to provide child care. If I request an exception, I will provide all documents or references required by the Department of Social Services.

List all individuals that will be helping to care for the children and, if care is provided in a home other than the child's own home, list all household members 18 or older.

INDIVIDUALS CARING FOR CHILDREN: _____

HOUSEHOLD MEMBERS: _____

By signing this form the provider agrees that all statements are true and accurate.

PROVIDER NAME (PRINT):	PROVIDER SIGNATURE/DATE:
------------------------	--------------------------

IV. ADMINISTRATION OF MEDICATION

NYS Law restricts the right to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to specific medical professionals who are authorized by NYS to administer medication. Some individuals are exempt from this requirement based on their relationship to the child, family or household, and are permitted to administer medications, including:

- The child's parent/caretaker, step-parent, legal custodian, legal guardian, or member of the child's household,
- A child care provider employed by the parent/caretaker to provide child care in the child's home,
- Family members who are related within the 3rd degree of consanguinity to the child's parent or step-parent, and
- Effective January 31, 2005, child care providers who are trained and authorized by the Office of Children and Family Services (OCFS), under a Health Care Plan for Administration of Medication, approved by a qualified health care consultant, may administer medication when such providers are:
 - operating in compliance with the NYS regulations,
 - authorized by the child's parent/caretaker, step-parent, legal guardian, or legal custodian to administer medication, and
 - administering medication to subsidized children in care.

To receive OCFS authorization to administer medication, a child care provider must be at least 18 years of age and literate in the language in which the parental permissions and health care provider's instructions will be given.

Any person who is authorized by Law to be exempt from this requirement, may only administer over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent. Examples of medication such as inhalers may be administered but are limited to: *Albuterol*®; *Ritalin*®; insulin; antibiotics; and ear, eye or nose drops.



A. QUALIFICATION FOR ADMINISTERING MEDICATION

Provider must complete this section.

1. **Is the provider legally permitted to administer medication to subsidized children when authorized by a parent/caretaker, legal guardian, or legal custodian?**
 - Yes.**
 - No.** You are not authorized or permitted to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to the children in your care.
2. **Is an employee or volunteer of the program legally permitted to administer medication to subsidized children when authorized by a parent/caretaker, legal guardian, or legal custodian?**
 - Yes.** Give employee's or volunteer's name: _____
 - No.** Your employee/volunteer is not authorized or permitted to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to the children in your care.
3. **Give the reason that allows the provider and/or the employee/volunteer to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to subsidized children in the program.** Answer this question *only* if you answered "Yes" to question 1 or 2.

Check the box(es) below that show the reason(s) that the provider or the employee/volunteer named above is allowed to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to subsidized children in the program. If there is a different answer or reason for different children, the provider must check all answers that apply.

The provider must attach the documentation required for each answer, as indicated.

- A)** I am permitted to give medication because I am employed by the parent/caretaker to provide child care in the child's home. I am *not* required to have a Health Care Plan for Administration of Medication.
- B)** I am permitted to give medication to the children for whom I am the grandparent, great-grandparent, great-great-grandparent, aunt/uncle (or spouse), great aunt/great uncle (or spouse), brother/sister or first cousin (or spouse). I am *not* required to have a Health Care Plan for Administration of Medication.
- C)** I have a valid professional health care license as a physician, physician assistant, registered nurse or nurse practitioner that authorizes me to administer medication. I am *not* required to have a Health Care Plan for Administration of Medication.

I have attached a copy of my current medical license.

- D)** My employee/volunteer has a valid professional health care license as a physician, physician assistant, registered nurse, or nurse practitioner that authorizes him/her to administer medication. I am required to have a Health Care Plan for Administration of Medication.

I have attached a copy of the approval page of my Health Care Plan for Administration of Medication, and a copy of my employee/volunteer's current medical license.

- E)** I have, or my employee/volunteer has, a valid professional license as a practical nurse or certification as an advanced emergency medical technician that allows me, or my employee/volunteer, to administer medication. I am required to have a Health Care Plan for Administration of Medication.

I have attached a copy of my or my employee/volunteer's current medical license or certification, and a copy of the approval page of the Health Care Plan for Administration of Medication.

- F)** I have, or my employee/volunteer has, met the training requirements of OCFS regulations, 18 NYCRR Part 415.4 (f)(7)(iv)(z). I am required to have a Health Care Plan for Administration of Medication.

I have attached a copy of the approval page of the Health Care Plan for Administration of Medication.

B. INTENT TO SEEK AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION TO SUBSIDIZED DAY CARE CHILDREN

Providers who are not permitted to administer medications and who do not have an employee/volunteer permitted to administer medication must answer this.

Will the provider be seeking authorization to administer medication to children in subsidized care? (Choose one)

- Yes.** I want to administer medication to children in subsidized care. I am seeking authorization from the Commissioner of Social Services, New York City, the Health Resources and Services Administration, or Administration for Children's Services (ACS) representative for the authorization to administer medication to children in subsidized care.
- No.** I will not be seeking authorization to administer medication to children in subsidized care at this time.



C. PARENT/CARETAKER RESPONSIBILITY REGARDING ADMINISTRATION OF MEDICATION

Parent/caretaker must complete.

Who will be responsible for administering medication to your child(ren) in the provider's care? (Check all that apply).

- The child care provider or qualified employee/volunteer named previously will administer medication to the child.
- The legally-exempt child care provider or employee/volunteer will not administer medication. Instead, the parent/caretaker will administer medication or choose a person who is permitted under NYS Education Law to administer medication. This may include a member of the child's household or certain relatives. The relatives who may be authorized include: the child's grandparent, great-grandparent, great-great-grandparent, aunt/uncle (and spouse), great aunt/great uncle (and spouse), brother/sister or first cousin (and spouse). The parent/caretaker will inform the provider in writing when he or she has chosen a person to give medication to his or her child.

D. PROVIDER CERTIFICATION REGARDING ADMINISTRATION OF MEDICATION

All providers must read and sign.

I will administer medication in compliance with NYS law and only to the extent that I am permitted by NYS law to do so.

If I have employees, I will make sure that each of my employees administers medications in compliance with NYS law and only to the extent permitted by NYS law.

If I have volunteers, I will make sure that each of my volunteers administers medication in compliance with NYS law and only to the extent permitted by NYS law.

By signing this, I agree that all the statements on this form are true and accurate.

PROVIDER SIGNATURE:	DATE:
---------------------	-------

E. PARENT/CARETAKER CERTIFICATION REGARDING ADMINISTRATION OF MEDICATION

Parent/caretaker must review and sign the certification below.

I certify that all statements on this form are true and accurate.

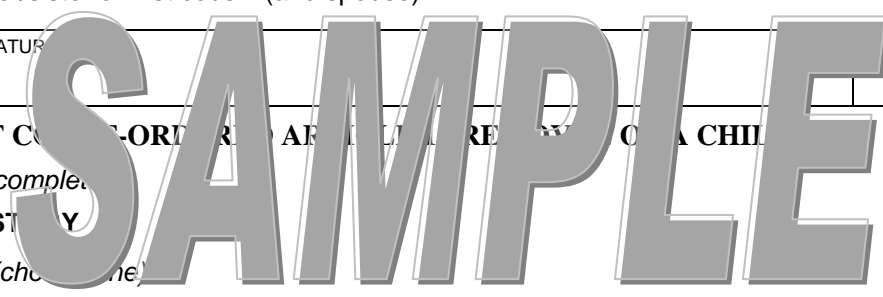
I understand that it is **my responsibility** to make sure my child(ren) receives any necessary medication. I understand that if I choose a child care provider who is not able to meet all of my child(ren)'s health care needs, I am responsible for making additional arrangements to meet the child(ren)'s needs. I will make all necessary arrangements prior to placing my child in the provider's care.

My provider has informed me whether he or she (or his/her employee/volunteer) is legally permitted to administer medication. I have read the Qualifications for Administration of Medication, Section IV A, of this enrollment form, and I understand whether or not my provider or his/her employee/volunteer is legally permitted to give medication to my child(ren).

My child care provider and I have discussed who will administer medication to my child(ren) while the child(ren) is in the provider's care. Our agreement regarding who will be responsible for administering medication to my child(ren) is indicated on this form in Section IV C.

I understand that I may administer medication to my child, or that I may authorize another person that is legally permitted to administer medication to my child. I may authorize a member of my child's household or certain relatives of the child to administer medication. The relatives who may be authorized include: the child's grandparent, great-grandparent, great-great-grandparent, aunt/uncle (and spouse), great aunt/uncle (and spouse), brother/sister or first cousin (and spouse).

PARENT/CARETAKER SIGNATURE: _____ DATE: _____



V. HISTORY OF COURT-ORDERED REMOVAL FROM CARE BY A CHILD

Provider must complete.

A. PROVIDER HISTORY

- I certify that (choose one):
 - I **have never** had a child removed from my care by court order in a proceeding under Article 10 (child protective) of the Family Court Act (FCA). (*Go to section B*).
 - I **have** had a child removed from my care by court order in a proceeding under Article 10 (*child protective*) of the Family Court Act.
- Date(s) removal(s) occurred: _____
- As a result of the FCA Article 10 hearing, was there a judicial finding of abuse or neglect?
 - Yes, there was a judicial finding of abuse or neglect. (*Indicate type of finding below.*)
 - Neglect Abuse, severe or repeated Abuse
 - No, there was no judicial finding of abuse or neglect. (*Indicate reason below.*)
 - petition was withdrawn Article 10 petition was not filed with the court
 - case was dismissed Other, explain: _____
- Length of time that the child(ren) were removed from the home (*choose one*):
 - 3 days or less more than 3 days and as many as 60 days
 - more than 60 days but less than 15 months 15 months or longer
- Provider must attach a written description of what led to the removal and the underlying reasons for the removal.*

B. PROVIDER CERTIFICATION REGARDING HISTORY OF ARTICLE 10 REMOVAL

The provider must complete this certification.

By signing this form, I agree that I have provided true and accurate information regarding any history of an Article 10 removal of a child in my care.

SIGNATURE OF PROVIDER: _____ DATE: _____

VI. HISTORY OF TERMINATION OF PARENTAL RIGHTS

Provider must complete.

A. PROVIDER HISTORY

1. I certify and attest that *(Choose one)*:

- I **have never had** my parental rights terminated. *(Proceed to Part B.)*
- I **have** had my parental rights terminated.

2. My parental rights were terminated based on: *(Check reason below)*:

- Abandonment
- Mental illness
- Permanent neglect
- Mental retardation
- Severe or repeated abuse
- Other, _____

3. *Provider must attach a written description of what led to the termination of parental rights and the underlying reasons for the termination of parental rights.*

B. PROVIDER CERTIFICATION REGARDING HISTORY OF TERMINATION OF PARENTAL RIGHTS

The provider must sign this certification.

By signing this form, I agree that I have provided true and accurate information regarding any history of a termination of my parental rights.

SIGNATURE OF PROVIDER:	DATE:
------------------------	-------

VII. HISTORY OF SUSPENSION, REVOCATION, DENIAL, OR DENIAL OF LICENSE OR REGISTRATION TO OPERATE A CHILD DAY CARE PROGRAM

Provider must complete.

(CHILD DAY CARE includes day centers, family day care homes, group family day care homes, small day care centers and/or supervised child care programs.)

A. PROVIDER HISTORY

1. I certify and attest *(Choose all that apply)*:

- I **have** applied for an initial license or registration to operate a child day care program, and been denied.
- I **have** applied for a renewal of a license or registration to operate a child day care program and been denied.
- I have applied for an initial or renewed license or registration to operate a child day care program and I **have never** been denied an application for or a renewal of a license or registration to operate a child day care program.
- I have never applied for a license or registration to operate a child day care program. *(Go to Part B.)*

2. I certify and attest that *(Choose one)*:

- I **have never had** a license or registration to operate a child day care program revoked or suspended.
- I **have had** a license or registration to operate a child day care program revoked or suspended.

3. If you have ever had a license or registration revoked, suspended or denied, give the name and location of the child day care program(s) for which this action occurred.

4. *Provider must attach a written description of what led to the denial, revocation or suspension of the license or registration to operate a child day care program, and the reasons this occurred.*

B. PROVIDER CERTIFICATION REGARDING LICENSING/REGISTRATION HISTORY

The provider must sign this certification.

By signing this form, I agree that I have provided true and accurate information regarding my history of denial, revocation, or suspension of a license or registration to operate a child day care program.

SIGNATURE OF PROVIDER:	DATE:
------------------------	-------

VIII. PARENT/CARETAKER AND PROVIDER CERTIFICATIONS

A. PROVIDER CERTIFICATIONS

I will notify the Department of Social Services immediately if the hours of care, number of children in my care, or any information provided on the enrollment form or attachments changes.

I agree to collect the family share (fee) if instructed to do so by the Department of Social Services. I will immediately notify the Department of Social Services if the parent/caretaker fails to pay the required family share. I agree to provide accurate attendance records as required by the Department of Social Services.

I understand that representatives of the Department of Social Services and the State of New York may visit my child care program to confirm that the information on my enrollment form and/or on attendance forms is true and accurate and that child care services are being provided as listed on those forms. I agree to allow representatives of the Department of Social Services and the State of New York access to all areas where child care is provided for a child receiving a child care subsidy. I understand that if I do not allow such access, then I will be considered an ineligible provider. Any child care that I provide to a child receiving a child care subsidy while I am deemed an ineligible provider by the Department of Social Services will not be reimbursed by the Department of Social Services.

I understand that I may not be eligible to provide child care if I have a history of an Article 10 (child protective) removal of a child by court order, termination of parental rights, or denial, revocation and/or suspension of a license or registration to operate a child day care program. I understand that I may request that the Department of Social Services review any extenuating circumstances to determine if an exception could be made to allow me to provide child care. If I request an exception, I will provide all information, documents or references required by the Department of Social Services.

B. PARENT/CARETAKER CERTIFICATIONS

I understand that my provider may not be eligible to provide child care if he or she has a history of an Article 10 (child protective) removal of a child by court order, termination of parental rights, or denial, revocation and/or suspension of a license or registration to operate a child day care program. I understand that I may request that the Department of Social Services review any extenuating circumstances to determine if an exception could be made to allow my provider to provide child care. If I request an exception, my provider must provide all information, documents or references required by the Department of Social Services.



I understand that the Department of Social Services may not be able to pay a provider when:

- The provider, any volunteer who is likely to have regular contact with my children, any employee, or person living in the home (other than the child's home) age 18 years or older has been convicted of a crime; or
- The provider has a history of an Article 10 (child protective) removal of a child by court order; termination of parental rights; or denial, revocation and/or suspension of a license or registration to operate a child day care program.

If the Department of Social Services determines that payment cannot be made to the provider when any of the above events have occurred, I have the right and responsibility to decide whether I want to use this provider. If I choose to continue using such a provider, I am responsible to pay for the child care myself. I understand that I have the right to select another provider.

I will notify the Department of Social Services if the hours that I need child care or other circumstances related to my need or eligibility for child care change. I agree to pay my family share (fee), if any, as directed by the Department of Social Services.

I certify that I have selected this provider to care for my child(ren). I understand that it is my responsibility to monitor the quality of care furnished to my child(ren).

C. PARENT/CARETAKER AND PROVIDER CERTIFICATIONS

We state that to the best of our knowledge and belief all statements made on this form and any attachments are accurate and true. We understand that providing false information may result in the termination of payments and legal action by the Department of Social Services.

We state that the parent/caretaker has specifically asked the provider if the provider, volunteers who are likely to have regular contact with children in care, employees, and if care is provided in the provider's home, persons living in the home age 18 years or over, have been the subject of an indicated report of child abuse or maltreatment. The provider has asked volunteers who are likely to have regular contact with children in care, employees, and if care is provided in the provider's home persons living in the home age 18 years or over, if they have been the subject of an indicated report of child abuse or maltreatment. The provider has given the parent/caretaker true and accurate information in writing regarding any indications of child abuse or maltreatment. The parent/caretaker has considered the information given on child abuse and maltreatment indications and is selecting this provider. The parent/caretaker understands he or she has the right to select another provider.

We state that we completed the Home Safety Checklist together. We understand that payment cannot be made until items marked "No" on the Home Safety Checklist have been corrected. We agree to notify and provide documentation to the Department of Social Services when any item on the Checklist has been corrected or changed.

By signing this form, the parent/caretaker and provider agree to all of the requirements listed above.

PARENT/CARETAKER SIGNATURE:	DATE:
PROVIDER SIGNATURE:	DATE:

SAMPLE

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDOR DE SERVICIOS
 DE CUIDADO INFANTIL EN FAMILIA LEGALMENTE EXENTO Y DE CUIDADO INFANTIL A DOMICILIO
 LEGALMENTE EXENTO**

Nombre del Padre, la Madre o el Tutor:		Número de Caso:
Dirección:		
Teléfono:	Número de Seguro Social* (No es obligatorio. Ver abajo):	
Nombre del Proveedor:		Fecha de Nacimiento**:
Domicilio Donde se Brinda el Cuidado Infantil:	Nombre del Proveedor (Si es diferente):	
Teléfono:	Número de Seguro Social:	
<p>*El padre, la madre, el tutor o encargado puede proveer, pero no está obligado, a dar el número de seguro social. No tiene la obligación de revelar su número de seguro social de conformidad con la ley de cuidado infantil. Si lo provee, su número será usado para facilitar la identificación de los niños en el cuidado infantil. También puede ser usado por organismos federales, estatales y locales para evitar el fraude de duplicación de servicios y para elaborar informes federales.</p> <p>**Si el proveedor es menor de 18 años, debe completar esta sección con el nombre de los padres.</p>		



I. CONDICIÓN DEL PROVEEDOR

Proveedor: Marque todas las casillas que correspondan:

1. Brindo cuidado en el hogar del niño. (El proveedor y el padre, la madre/tutor o encargado también deben completar y presentar el Acuerdo de Cuidado Infantil a Domicilio Legalmente Exento).
2. Brindo cuidado en mi propio domicilio o en el domicilio de otra persona. (Marque también el casillero A, B o C a continuación, según corresponda).
 - A. Soy abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), tío(a), tío(a) abuelo(a), hermano(a) o primo(a) hermano(a) de todos los niños bajo cuidado;
 - B. Cuido a no más de 2 niños (sin contar mis propios hijos u otros niños mayores de 13 años);
 - C. Cuido a 3 o más niños. No obstante, nunca he tenido a más de 2 niños a mi cuidado al mismo tiempo durante más de tres horas por día.
3. Brindo otros tipos de cuidado, aparte de los descritos en las opciones N° 1 o N° 2 que anteceden. (Adjunte una explicación).
4. Recibo asistencia temporal, asistencia médica o cupones de alimentos. Mi N° de caso es: _____

¿Cuánto cobra el proveedor por el cuidado de cada uno de los niños?

<u>Nombre del Niño</u>	<u>Fecha de Nacimiento:</u>	<u>Monto Cobrado (por hora/ día/ semana)</u>
A) _____	_____	_____
B) _____	_____	_____
C) _____	_____	_____

Declaro que lo que le cobro al padre/a la madre/al tutor o encargado que firma este formulario NO ES MÁS de lo que le cobro a otros niños de la misma edad y que reciben atención similar.

¿Quién provee las comidas y los bocadillos? Las comidas y los bocadillos pueden ser provistos por el padre, la madre, el tutor o encargado o el proveedor. Marque la casilla que indique lo que usted ha acordado. Si desea recibir información sobre cómo el programa de cuidado infantil de su hijo puede otorgarle dinero para ayudarle con los gastos de comidas y bocadillos, llame al Programa Alimenticio para Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program) al 1(800) 942-3858.

- El proveedor se hará cargo de los bocadillos y las comidas.
- El padre, la madre, el tutor o encargado proveerá los bocadillos y las comidas.
- Otro – Explicar: _____

II. LISTA DE CONTROL DE SEGURIDAD EN EL HOGAR

El proveedor y el padre, la madre, el tutor o encargado deben completar esta sección conjuntamente.

A. EL PROVEEDOR CUMPLE CON ESTOS REQUISITOS ANTES DE CUIDAR A LOS NIÑOS:

- | <u>SÍ</u> | <u>NO</u> | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor y todos los niños tienen dos salidas separadas y distantes para salir del edificio en caso de emergencias. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las habitaciones de los niños tienen buena calefacción, están bien iluminadas y bien ventiladas. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La vivienda está libre de peligros o no seguros como pilas, zanjas, lagües abiertas, pozos de agua, hoyos, escombros a la deriva, cables, chimeneas y otros que presenten riesgo ambiental. Si hay áreas peligrosas, las mismas están rodeadas por barreras físicas que impiden que los niños se acerquen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si el servicio de cuidado infantil se presta en un espacio exterior, existen barreras o rejillas en las ventanas para evitar que los niños se caigan. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El suministro de agua potable. La agua potable hay agua caliente y fría, en todo momento. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor y todos los voluntarios que tienen contacto regular con los niños y todos los empleados son físicamente aptos para atender a los niños y no padecen de ninguna enfermedad contagiosa. Asimismo, todas las personas que viven en la vivienda (si no es el domicilio del niño) también están libres de enfermedades contagiosas. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La vivienda está libre de todo factor de peligro o no seguro que podría lastimar a los niños. Esto significa que: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los cuchillos y otros objetos cortantes están fuera del alcance de los niños. ▪ Los tapetes, alfombritas y cables eléctricos están bien sujetos para que los niños no se tropiecen. ▪ Los cables eléctricos no corren por debajo de los muebles o las alfombras, y están fuera del alcance de los niños más pequeños. ▪ Los cables de extensión no están sobrecargados. ▪ Las pistolas y otras armas de fuego están descargadas y guardadas en un cajón o armario bajo llave, y la llave se guarda en un lugar seguro. ▪ Las cuerdas de las persianas y cortinas de las ventanas están fuera del alcance de los niños. ▪ Los líquidos calientes están fuera del alcance de los niños. ▪ Los objetos pequeños con los que los niños podrían sofocarse, están fuera de su alcance. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los fósforos, encendedores, medicamentos/drogas, artículos de limpieza, detergentes, aerosoles y otros materiales venenosos o tóxicos están almacenados en sus envases originales. Se presta la debida atención para que éstos no entren en contacto con los niños, no estén donde se preparan los alimentos o en otro sitio que pudiese ser riesgoso para los niños. Todos estos materiales se guardan en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cada niño recibirá las comidas y los bocadillos acordados entre el padre/madre/tutor/ encargado y el proveedor. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La leche, leche de fórmula y otros alimentos que se echan a perder si se dejan afuera serán refrigerados. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si el proveedor cuida a lactantes, la leche de fórmula, la leche materna y demás alimentos para lactantes no deben calentarse en hornos de microondas. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor siempre permitirá que el padre, la madre o el tutor o encargado con custodia tenga acceso a su niño; a la vivienda, mientras el niño permanezca allí; y a los registros escritos relacionados con el niño. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor hará simulacros de evacuación con los niños por lo menos una vez al mes para que ellos sepan qué hacer en caso de emergencias. |

- El proveedor tiene un teléfono que funciona o puede conseguir uno rápidamente en caso de emergencias. Los números de teléfono del departamento de bomberos, de la policía local o del alguacil de policía o "sheriff", del centro de intoxicaciones y del servicio de ambulancias se encuentran cerca del teléfono y son fáciles de ver.
- Si el niño que se cuida es menor de 5 años, se utilizan cubiertas protectoras o dispositivos de seguridad permanentes en todos los enchufes que están al alcance del niño.
- La pintura y el yeso de las paredes están en buen estado, de modo que no hay peligro de que los niños se lleven trocitos de yeso o pintura a la boca ni de que éstos caigan en los alimentos.
- Existe como mínimo un detector de humo en funcionamiento en cada ambiente de la vivienda. El proveedor los controlará periódicamente para asegurarse de que todos los detectores funcionen.
- La vivienda cuenta con un botiquín de primeros auxilios de fácil acceso en caso de emergencias, el que se mantiene en un recipiente limpio, fuera del alcance de los niños. Tiene los elementos necesarios para tratar las lesiones y los problemas infantiles comunes. El proveedor siempre deberá reemplazar los elementos del botiquín de primeros auxilios a la brevedad posible, después de haberlos usado o de que hayan vencido.
- El padre, la madre, el tutor o encargado le entregó al proveedor un certificado firmado por un médico o profesional de salud en el que consta que: el niño ha recibido todas las vacunas adecuadas para su edad; o que una o más vacunas perjudicarían la salud del niño; o el padre o encargado del niño ha provisto una declaración en la que manifiesta que el niño no ha sido vacunado por las convicciones religiosas del padre/madre/tutor o encargado.
- Las escaleras, rejas, porches y balcones están en buen estado.

B. EL PROVEEDOR DEBE ASEGURARSE DE LOS SIGUIENTES INCIDENTES:

El proveedor NUNCA usará el castigo físico ni permitirá que otras personas usen castigos físicos mientras cuiden a los niños. El castigo no se refiere al contacto físico con el cuerpo de los niños para castigarlos, dándoles palmadas; mordiendo; zancos; dándoles golpes o sacos de arena; pellizcos; o obligando al niño a hacer ejercicios físicos fuera de lo razonable; obligando a los niños permanecer por largos períodos de tiempo; obligando al niño a permanecer en posición de los brazos o en cuclillas; bañarlo al niño en agua excesivamente caliente o fría; u obligando al niño a lavarse el pelo con jabón; o impedir que los niños coman, beban, o usen condimentos picantes o sustancias extrañas a la dieta.

El proveedor NUNCA consumirá ni estará bajo los efectos del alcohol o las drogas mientras cuida a los niños y deberá asegurarse de que los niños a su cuidado no tengan contacto directo con personas que consumen drogas o alcohol.

El proveedor NO fumará ni permitirá que otras personas fumen dentro de la vivienda u otras áreas cerradas, tales como automóviles o vehículos en los que estén presentes los niños.

El proveedor NUNCA dejará a los niños solos o al cuidado de otras personas.

Al firmar la lista de control de seguridad en el hogar, el padre, la madre, el tutor o encargado y el proveedor declaran que han inspeccionado la vivienda y que todas las declaraciones contenidas en el formulario son ciertas y correctas.

NOMBRE DEL PROVEEDOR (en letras de imprenta):	FIRMA DEL PROVEEDOR/ FECHA:
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR O ENCARGADO (en letras de imprenta)	FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR O ENCARGADO/ FECHA:

III. CERTIFICACIONES DE ANTECEDENTES PENALES

Debe ser completado por el proveedor.

A mi leal saber y entender, certifico que yo (*Elegir lo que corresponda*):

- he** sido condenado por un delito en el estado de Nueva York o en otro estado.
- no he** sido condenado por un delito en el estado de Nueva York o en otro estado.

A mi leal saber y entender, **las personas que me ayudan** con el cuidado de los niños (*Elegir lo que corresponda*):

- han** sido condenadas por un delito en el estado de Nueva York o en otro estado.
- no han** sido condenadas por un delito en el estado de Nueva York o en otro estado.

Si los cuidados se prestan en una vivienda que no sea el hogar del niño, certifico, a mi leal saber y entender, que **las personas que viven en esa vivienda y son mayores de 18 años** (*Elegir lo que corresponda*):

- han** sido condenadas por un delito en el estado de Nueva York o en otro estado.
- no han** sido condenadas por un delito en el estado de Nueva York o en otro estado.

Certifico que he preguntado a todas las personas que viven en la vivienda (que no sea el hogar del niño) y son mayores de 18 años, a los voluntarios que probablemente tienen contacto regular con un niño y a los empleados, si han sido condenados por algún delito.

Si tanto yo como cualquiera de las personas que se enumeran a continuación hemos sido condenados por algún delito, yo o esa persona brindaremos información precisa y veraz por escrito al padre, a la madre, al tutor o encargado del niño al que cuidaré y al Departamento de Servicios Sociales, respecto de los delitos, las fechas de las condenas y otra información que corresponda.

Comprendo que no podré cuidar a niños si yo o las personas que se enumeran a continuación hemos sido condenados por un delito grave o delito menor cometido contra niños.

Comprendo que no podré cuidar a niños si yo o las personas que se enumeran a continuación hemos sido condenados por delitos violentos u otros delitos graves, a menos que existan circunstancias atenuantes relacionadas con la condena.

Comprendo que puedo solicitar que el Departamento de Servicios Sociales analice las circunstancias atenuantes para determinar si podría hacer una excepción para permitir que yo o las personas que se enumeran a continuación haga una excepción, presentaré todos los documentos o referencias que el Departamento de Servicios Sociales requiera.

Enumere a todas las personas que le ayudarán a cuidar a los niños, y a los niños en una vivienda que no sea su hogar, enumere todos los miembros del hogar que son mayores de 18 años de edad.

PERSONAS QUE CUIDARÁN A LOS NIÑOS

MIEMBROS DEL HOGAR



Al firmar este formulario, el proveedor acepta que todas las declaraciones son correctas y ciertas.

NOMBRE DEL PROVEEDOR (en letras de imprenta):	FIRMA DEL PROVEEDOR/ FECHA:
---	-----------------------------

IV. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Las leyes del estado de Nueva York restringen el derecho de administrar medicamentos aparte de pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de venta libre y uso externo a ciertos profesionales médicos autorizados por el estado para administrar medicamentos. Algunas personas están exentas de este requisito por su relación con el niño, la familia o los miembros del hogar, y están autorizados a administrar medicamentos, incluso:

- El padre, la madre/encargado, padre o madre adoptivo, custodio legal, tutor o miembro del hogar del niño,
- Los proveedores de atención infantil empleados por el padre, la madre/encargado para cuidar a los niños en el hogar del niño,
- Miembros de la familia con relaciones de hasta el tercer grado de consanguinidad con los padres o padres adoptivos del niño, y
- A partir del 31 de enero de 2005, los proveedores de cuidado infantil que han sido capacitados y autorizados por la Oficina de Servicios para Niños y Familias (Office of Children and Family Services--OCFS), para administrar medicamentos, aprobados por un asesor médico habilitado, podrán administrar medicamentos en caso de que tales proveedores:
 - actúen en cumplimiento de las reglamentaciones del estado de Nueva York,
 - hayan sido autorizados por el padre, la madre/encargado, padre o madre adoptivo, custodio legal, tutor o miembro del hogar del niño para administrar medicamentos, y
 - administren medicamentos a niños subvencionados a su cuidado.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS cont.

Para poder recibir la autorización de la OCFS para administrar medicamentos, los proveedores de cuidado infantil deben tener como mínimo 18 años y conocer el idioma en el que se redactarán las autorizaciones para los padres y las instrucciones para el proveedor de atención médica.

Las personas no autorizadas por las leyes del estado de Nueva York, o que no estén exentas de este requisito legal, sólo podrán administrar pomadas o ungüentos tópicos de venta libre, protectores solares y repelentes de insectos de uso externo. Algunos ejemplos de los medicamentos que estos proveedores no pueden administrar son, entre otros: Tylenol®; Ritalin®; insulina; antibióticos; y gotas para los oídos, los ojos o la nariz.

A. CONDICIONES NECESARIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Debe ser completado por el proveedor.

1. **¿Tiene el proveedor autorización legal para administrar medicamentos a los niños subvencionados con el permiso del padre, la madre, el encargado, tutor o custodio legal del niño?**

Sí.

No. Usted no está autorizado o habilitado para administrar medicamentos excepto pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de venta libre y uso externo a los niños que cuida.

2. **¿Están autorizados legalmente los empleadores titulares del cuidado para administrar medicamentos a los niños subvencionados con permiso del padre, la madre, el encargado, tutor o custodio legal del niño?**

Sí. Proporcione el nombre del empleador o titular _____

No. Usted no está autorizado a habilitar a administrar medicamentos excepto pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de venta libre a los niños que cuida.

3. **Indique los motivos que permiten al proveedor y/o al empleado/voluntario a administrar medicamentos aparte de pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de venta libre y uso externo a los niños subvencionados por el programa. Conteste esta pregunta sólo si contestó "Sí" a las preguntas 1 ó 2.**

Marque el/los casillero/s que indiquen los motivos por los que el empleado/voluntario que se nombra anteriormente está autorizado a administrar medicamentos aparte de pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de venta libre y uso externo a los niños subvencionados por el programa. Si existe una respuesta o un motivo diferente para cada niño, el proveedor debe marcar todas las respuestas que correspondan.

El proveedor debe adjuntar la documentación necesaria para cada respuesta, tal como se indica.

A) Estoy autorizado a dar medicamentos porque soy empleado del padre, de la madre o el tutor o encargado para cuidar al niño en su hogar. No hace falta que tenga un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

B) Estoy autorizado para dar medicamentos a los niños de los cuales soy abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), tío(a) (o sus cónyuges), tío(a) abuelo(a) (o sus cónyuges), hermano(a) o primo(a) hermano(a) (o sus cónyuges). No hace falta que tenga un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

C) Tengo una licencia válida como profesional de la salud que me habilita como médico, asistente médico, enfermero habilitado o diplomado en enfermería y me autoriza a administrar medicamentos. No hace falta que tenga un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

He adjuntado una copia de mi licencia médica actual.

D) Mi empleado/voluntario es titular de una licencia médica profesional válida que lo habilita como médico, asistente médico, enfermero matriculado o diplomado en enfermería y lo autoriza a administrar medicamentos. Debo tener un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

He adjuntado una copia de la página de aprobación de mi Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos y una copia de la licencia médica de mi empleado/voluntario.

- E) Tengo, o mi empleado/voluntario tiene, una licencia profesional válida como diplomado en enfermería o una certificación como técnico médico en emergencias médicas avanzadas que me permite, o permite a mi empleado/voluntario, administrar medicamentos. Debo tener un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

He adjuntado una copia de la licencia médica actual o certificación a mi nombre o a nombre de mi empleado/voluntario, y una copia de la página de aprobación del Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

- F) Tanto yo como mi empleado/voluntario hemos reunido los requisitos de capacitación de las reglamentaciones de OCFS, 18 NYCRR Parte 415.4 (f)(7)(iv)(z). Debo tener un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

He adjuntado una copia de la página de aprobación del Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

B. INTENCIÓN DE OBTENER LA AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A NIÑOS SUBVENCIONADOS EN PROGRAMAS DIURNOS DE CUIDADO INFANTIL

Los proveedores que no están autorizados a administrar medicamentos y que no tienen un empleado/voluntario autorizado para administrar medicamentos deben responder esta sección.

¿Intentará el proveedor obtener la autorización para administrar medicamentos a los niños subvencionados en programas diurnos de cuidado infantil (Elegido o que el proveedor representa)?

- Sí. Quiero obtener como proveedor de servicios sociales, representante del Departamento de Servicios Sociales de la ciudad de Nueva York, Administración de Recursos Humanos (HRA, por su sigla en inglés), representante de la Administración de Servicios para Niños (ACS, por su sigla en inglés), el siguiente formulario: Formulario de Autorización para Administrar Medicamentos a Niños en Cuidado Infantil Legalmente Exento.
- No. No intentaré obtener la autorización para administrar medicamentos al niño.



C. ACUERDO ENTRE EL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR O ENCARGADO Y EL PROVEEDOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Debe ser completado por el padre, la madre, el tutor o encargado.

¿Quién será responsable de administrar medicamentos a sus hijos cuando estén bajo el cuidado del proveedor? (Marque todos los que correspondan).

- El proveedor de cuidado infantil o el empleado/voluntario habilitado nombrado anteriormente administrará medicamentos al niño.
- El proveedor de cuidado infantil legalmente exento o el empleado/voluntario no administrará medicamentos. Por el contrario, el padre, la madre, el tutor o encargado administrará medicamentos o elegirá a la persona autorizada conforme a la Ley de Educación del Estado de Nueva York para administrar medicamentos. Esto puede incluir a un miembro de hogar del niño o a ciertos familiares. Entre los familiares que pueden ser autorizados están los abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, tíos (y sus cónyuges), tíos abuelos (y sus cónyuges), hermanos o primos hermanos (y sus cónyuges). El padre, la madre, el tutor o encargado informará al proveedor por escrito cuando haya elegido a una persona para que le dé medicamentos a su hijo.

D. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Debe ser leída y firmada por todos los proveedores.

Administraré los medicamentos en cumplimiento de las leyes del estado de Nueva York y solamente en la medida en que me lo autoricen las leyes del estado.

Si tengo empleados, me aseguraré que cada uno de ellos administre los medicamentos en cumplimiento con las leyes del estado de Nueva York y solamente en la medida en que lo autoricen las leyes del estado.

Si tengo voluntarios, me aseguraré que cada uno de ellos administre los medicamentos en cumplimiento de las leyes del estado de Nueva York y solamente en la medida en que lo autoricen las leyes del estado.

Al firmar este formulario, el proveedor acepta que todas las declaraciones son correctas y ciertas.

FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:
----------------------	--------

E. CERTIFICACIÓN DEL PADRE, LA MADRE, EL TUTOR O ENCARGADO RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

El padre, la madre, el tutor o encargado deben leer y firmar la certificación que sigue.

Certifico que todas las declaraciones contenidas en este formulario son correctas y ciertas.

Comprendo que es **mi responsabilidad** garantizar que mis hijos reciban los medicamentos necesarios. Comprendo que si elijo a un proveedor de cuidado infantil que no pueda satisfacer las necesidades de atención de la salud de mis hijos, seré responsable de hacer los arreglos necesarios para satisfacer las necesidades del niño. Haré todos los arreglos necesarios antes de poner a mis hijos al cuidado del proveedor.

Mi proveedor me ha informado si él/ella (o sus empleados/voluntarios) tienen autorización legal para administrar medicamentos. He leído las Condiciones Necesarias para la Administración de Medicamentos, Sección IV A, de este formulario de inscripción, y comprendo si mi proveedor o su empleado/voluntario tienen o no tienen autorización legal para darle medicamentos a mis hijos.

El proveedor de cuidado infantil de mi hijo y yo hemos analizado quién administrará los medicamentos a mi hijo mientras esté bajo su cuidado. Nuestro acuerdo respecto a quién será responsable de administrar los medicamentos a mi hijo se indica en este formulario de inscripción.

Comprendo que puedo administrar medicamentos a mi hijo o puedo autorizar a otras personas legalmente habilitadas para administrar medicamentos a mi hijo que autorizar a un miembro del hogar de mi hijo o a ciertos familiares administrar medicamentos a mi hijo. Las personas que pueden estar autorizadas son: los abuelos, bisabuelos, tatarabuelos (y sus cónyuges), abuelos (y sus cónyuges), hermanos o primos hermanos (y sus cónyuges).



FIRMA DEL PADRE/ MADRE/ TUTOR O ENCARGADO:	FECHA:
--	--------

V. ANTECEDENTES DE TRASLADO DE NIÑOS POR ORDEN JUDICIAL, SEGÚN EL ARTÍCULO 10

Debe ser completado por el proveedor.

A. ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR

1. Certifico que (*elegir lo que corresponda*):

- Nunca** se ha retirado a un niño de mi cuidado por orden judicial como consecuencia de una acción autorizada por el artículo 10 (protección infantil) de la Ley de Tribunales de Relaciones Familiares (Family Court Act--FCA). (*Continuar con la sección B*).
- Se** ha retirado a un niño de mi cuidado por orden judicial como consecuencia de una acción autorizada por el artículo 10 (*protección infantil*) de la Ley de Tribunales de Relaciones Familiares (Family Court Act).

2. Fechas de los traslados: _____

3. A consecuencia de la audiencia establecida por el artículo 10 FCA, ¿concluyó el tribunal de que hubo abuso o abandono del niño?

- Sí, se determinó judicialmente que había habido abuso o abandono. (*Indicar el tipo de pronunciamiento a continuación*).
 - Abandono Abuso, grave o reiterado Abuso
- No, no se determinó judicialmente que había habido abuso o abandono. (*Indicar el motivo a continuación*).
 - se retiró la demanda no se presentó una demanda ante los tribunales conforme al artículo 10
 - se desestimó la demanda otro, explicar: _____

4. Plazo durante el cual los niños permanecieron fuera del hogar (*elegir lo que corresponda*):

- 3 o menos días
- más de 3 días y hasta 60 días
- más de 60 días pero menos de 15 meses
- 15 meses o más

5. El proveedor debe adjuntar una descripción escrita de los factores que condujeron al traslado y los motivos subyacentes para el traslado.

B. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR RESPECTO A LOS ANTECEDENTES DE TRASLADO, SEGÚN EL ARTÍCULO 10

El proveedor debe completar esta certificación.

Al firmar este formulario, acepto que he provisto información correcta y cierta con respecto a los antecedentes de traslado de niños puestos bajo mi cuidado según el artículo 10.

FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:
----------------------	--------

VI. ANTECEDENTES DE DEROGACIÓN O ANULACIÓN DE DERECHOS PATERNOS

Debe ser completado por el proveedor.

A. ANTECEDENTES DE DEROGACIÓN O ANULACIÓN DE DERECHOS PATERNOS

1. Certifico y doy fe de que (*elegir lo que corresponda*):

- Nunca se han derogado o anulado mis derechos paternos. (Cada vez que se deroga o anula un derecho paterno, debe ser reportado en la Parte B).
- Se han derogado o anulado mis derechos paternos.

2. Mis derechos paternos fueron anulados por el siguiente motivo: (*Marque el motivo a continuación*):

- Abandono
- Enfermedad mental
- Negligencia permanente
- Retraso mental
- Abuso grave o repetido
- Otro, _____

3. El proveedor debe adjuntar una descripción escrita de los factores que ocasionaron la derogación o anulación de los derechos paternos y los motivos subyacentes para dicha decisión.

B. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR RESPECTO A LOS ANTECEDENTES DE DEROGACIÓN O ANULACIÓN DE LOS DERECHOS PATERNOS

El proveedor debe firmar esta certificación.

Al firmar este formulario, acepto que he provisto información correcta y cierta respecto a los antecedentes de derogación o anulación de mis derechos paternos.

FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:
----------------------	--------

VII. ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN, REVOCACIÓN O RECHAZO DE LICENCIAS O REGISTROS PARA ADMINISTRAR PROGRAMAS DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL DIURNO

Debe ser completado por el proveedor.

(CUIDADO INFANTIL DIURNO incluye: centros de cuidado diurno, cuidado diurno en familia, cuidado diurno de grupo en familia, pequeños centros de cuidado infantil y/o programas de cuidados de niños en edad escolar).

A. ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR

1. Certifico y doy fe de que (*elegir lo que corresponda*):

- He solicitado la licencia o el registro inicial para administrar un programa de cuidado infantil diurno, y me fue denegado.
- He solicitado la renovación de la licencia o el registro inicial para administrar un programa de cuidado infantil diurno, y me fue denegado.
- He solicitado la renovación de la licencia o el registro inicial para administrar un programa de cuidado infantil diurno, y **nunca** me denegaron una solicitud de renovación de la licencia o el registro para administrar un programa de servicios de guardería infantil.
- Nunca solicité una licencia o registro para administrar un programa de cuidado infantil diurno. (*Continuar con la Parte B*).

2. Certifico y doy fe de que (*elegir lo que corresponda*):

- Nunca se me revocó o suspendió** la licencia o el registro para administrar un programa de cuidado infantil diurno.
- Se me revocó o suspendió** la licencia o el registro para administrar un programa de cuidado infantil diurno.

3. Si alguna vez le revocaron, suspendieron o denegaron la licencia o el registro, proporcione el nombre y la ubicación del programa de cuidado infantil diurno.

4. El proveedor debe proporcionar descripción escrita de los factores que determinaron la denegación, revocación o suspensión de la licencia o registro para administrar un programa de cuidado infantil diurno y los motivos por lo que esto ocurrió.



B. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR RESPECTO DE LOS ANTECEDENTES DE LICENCIA/REGISTRO

El proveedor debe firmar esta certificación.

A firmar este formulario, acepto que he provisto información correcta y cierta acerca mis antecedentes de negación, revocación o suspensión de la licencia o el registro para administrar un programa de cuidado infantil diurno.

FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:
----------------------	--------

VIII. CERTIFICACIONES DEL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO Y DEL PROVEEDOR

A. CERTIFICACIONES DEL PROVEEDOR

Notificaré al Departamento de Servicios Sociales de inmediato si se modifica la cantidad de horas, la cantidad de niños bajo mi cuidado o la información provista en el formulario de inscripción o sus adjuntos.

Me comprometo a cobrar la contribución familiar (tarifa) si el Departamento de Servicios Sociales me indica hacerlo. Notificaré de inmediato al Departamento de Servicios Sociales si el padre, madre, tutor o encargado no paga la contribución familiar obligatoria. Me comprometo a proveer registros de asistencia precisos cuando lo solicite el Departamento de Servicios Sociales.

Notificaré al Departamento de Servicios Sociales de inmediato si se modifica la cantidad de horas, la cantidad de niños bajo mi cuidado o la información provista en el formulario de inscripción o sus adjuntos.

Me comprometo a cobrar la contribución familiar (tarifa) si el Departamento de Servicios Sociales me indica hacerlo. Notificaré de inmediato al Departamento de Servicios Sociales si el padre, madre, tutor o encargado no paga la contribución familiar obligatoria. Me comprometo a proveer registros de asistencia precisos cuando lo solicite el Departamento de Servicios Sociales.

Comprendo que los representantes del Departamento de Servicios Sociales y el estado de Nueva York podrán visitar mi programa de cuidado infantil para confirmar que la información de mi formulario de inscripción y/o de los formularios de asistencia es correcta y cierta, y que los servicios de cuidado infantil se están prestando de la manera descrita en esos formularios. Me comprometo a permitir que los representantes del Departamento de Servicios Sociales y del estado de Nueva York accedan a todas las áreas en las que se cuida a los niños que reciben subvenciones. Comprendo que si no permito este acceso, se considerará que no cumplo con los requisitos como proveedor. Los cuidados infantiles que preste a los niños que reciben subvenciones mientras el Departamento de Servicios Sociales me considere un proveedor no autorizado no serán reembolsados por dicho Departamento.

Comprendo que no seré elegible para prestar servicios de cuidado infantil si tengo antecedentes de retiro de niños por orden judicial en virtud del Artículo 10 (protección infantil), derogación o anulación de los derechos paternos o denegación, revocación y/o suspensión de la licencia o el registro para administrar programas de servicios de cuidado infantil. Comprendo que puedo solicitar que el Departamento de Servicios Sociales analice las circunstancias atenuantes para determinar si podría hacerse una excepción para permitirme cuidar a niños. Si solicito que se haga una excepción, presentaré toda la información, documentos o referencias que el Departamento de Servicios Sociales solicite.

B. CERTIFICACIONES DEL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO

Comprendo que un proveedor no es elegible para prestar servicios de cuidado infantil si tiene antecedentes de traslado de niños por orden judicial en virtud del artículo 10 (protección infantil), derogación o anulación de los derechos paternos o denegación, revocación y/o suspensión de la licencia o el registro para administrar programas de servicios de cuidado infantil. Comprendo que puedo solicitar que el Departamento de Servicios Sociales analice las circunstancias atenuantes para determinar si podría hacerse una excepción para permitir que mi proveedor preste servicios de cuidado infantil. Si solicito que se haga una excepción, presentaré toda la información, documentos o referencias que el Departamento de Servicios Sociales solicite.

Comprendo que el Departamento de Servicios Sociales podría no estar obligado a pagarle a un proveedor si:

- El proveedor, los voluntarios que probablemente tengan contacto regular con mis hijos, los empleados o las personas que habitan en la vivienda (que no sea el hogar del niño) mayores de 18 años han sido condenados por algún delito; o
- El proveedor tiene antecedentes de retiro de niños por orden judicial en virtud del Artículo 10 (protección infantil), derogación o anulación de los derechos paternos; o denegación, revocación y/o suspensión de la licencia o el registro para administrar un programa de servicios de cuidado infantil.

En caso de que el Departamento de Servicios Sociales determinara que no se puede hacer pagos al proveedor por alguno de los motivos anteriores, tengo el derecho y la responsabilidad de decidir si deseo utilizar a ese proveedor. Si decido continuar utilizando a ese proveedor, seré responsable de pagar el cuidado del niño. Comprendo que tengo derecho de elegir otro proveedor.

Notificaré al Departamento de Servicios Sociales si se modifica la cantidad de horas en que necesito que cuiden al niño u otras circunstancias relacionadas con mis necesidades o con los requisitos necesarios para cuidar niños. Me comprometo a pagar mi contribución familiar, si corresponde, tal como me lo indique el Departamento de Servicios Sociales.

Certifico que he elegido a este proveedor para cuidar a mis hijos. Comprendo que es mi responsabilidad controlar la calidad de los cuidados prestados a mis hijos.

C. CERTIFICACIONES DEL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO Y DEL PROVEEDOR

Declaramos que, a nuestro leal saber y entender, todas las declaraciones efectuadas en este formulario y sus adjuntos son correctas y ciertas. Comprendemos que brindar información falsa puede ocasionar la suspensión de los pagos y que el Departamento de Servicios Sociales puede iniciar acciones judiciales.

Declaramos que el padre, la madre, el tutor o encargado le ha preguntado específicamente al proveedor si el proveedor, los voluntarios que probablemente tengan contacto regular con los niños puestos a su cuidado o los empleados y, si los servicios se prestan en la vivienda del proveedor, las personas mayores de 18 años que

habitan en la vivienda han sido objeto de denuncias por sospechas de abuso o maltrato infantil. El proveedor ha preguntado a los voluntarios que probablemente tienen contacto regular con los niños puestos a su cuidado, a los empleados, y a las personas mayores de 18 años que habitan en la vivienda, si los servicios se prestan en la vivienda del proveedor, si han sido objeto de denuncias por sospechas de abuso o maltrato infantil. El proveedor ha provisto al padre, a la madre, al tutor o encargado información por escrito correcta y cierta respecto a las posibles sospechas de abuso y maltrato infantil. El padre, la madre, el tutor o encargado ha analizado la información sobre sospechas de abuso y maltrato infantil recibidas y ha elegido a este proveedor. El padre, la madre, el tutor o encargado comprende que tiene derecho a elegir a otro proveedor.

Declaramos que hemos completado conjuntamente la Lista de Control de Seguridad en el Hogar. Comprendemos que no podrán efectuarse pagos hasta que los términos indicados como "No" en la Lista de Control de Seguridad en el Hogar hayan sido corregidos. Nos comprometemos a notificar y proveer documentación al Departamento de Servicios Sociales cuando se corrija o modifique cualquiera de los elementos de la Lista de Control.

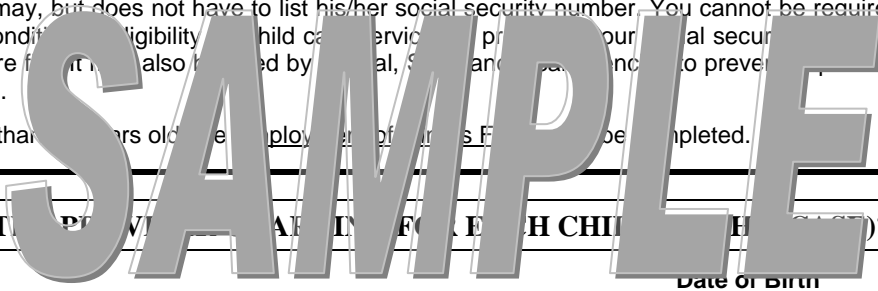
Al firmar este formulario, el padre, la madre, el tutor o encargado tanto como el proveedor aceptan todos los requisitos enumerados anteriormente.

FIRMA DEL PADRE/ LA MADRE/ EL TUTOR O ENCARGADO/ FECHA:	FECHA:
FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:

SAMPLE

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
ENROLLMENT FORM FOR PROVIDER OF LEGALLY-EXEMPT GROUP CHILD CARE

Parent/Caretaker's Name:		Case Number:
Address:		
Telephone:	Social Security Number* (Not required, please see below):	
Provider's Name:		Date Of Birth**:
Address Where Care Is Given:		
Provider's Address (If Different):		
Telephone:	Social Security Number:	
<p>* The parent/caretaker may, but does not have to list his/her social security number. You cannot be required to disclose your social security number as a condition of eligibility for child care services. Your social security number will be used to assist in identifying your child care facility. It is also required by federal, state and local agencies to prevent duplication of services and fraud, and for federal reporting.</p> <p>** If the provider is less than 18 years old the employment of minors Form must be completed.</p>		



I. HOW MUCH IS THE PROVIDER ASKING FOR EACH CHILD (PER HOUR/DAY/WEK)?

<u>Child's Name</u>	<u>Date Of Birth</u>	<u>Amount Charged (per hour/day/week)</u>
A) _____	_____	_____
B) _____	_____	_____
C) _____	_____	_____

I agree that the amount I am charging the parent/caretaker signing this form is NOT MORE THAN the amount I am charging for other children of the same age and similar care.

Who will supply meals and snacks?

Meals and snacks may be supplied either by the parent/caretaker or by the provider. *Check the box that states what you have agreed to.* If you want information about how your child care program can get money to help pay for meals and snacks, call the Child and Adult Care Food Program at 1(800) 942-3858.

- The provider will supply snacks and meals.
- The parent/caretaker will supply snacks and meals.
- Other – Explain: _____

II. TYPE OF PROGRAM

Provider: Check the statement that describes your program:

1. This program is a nursery school, pre-kindergarten or day care program for children three years of age or older or a program for school-age children conducted during non-school hours, **operated by a public school district** that is providing elementary or secondary education or both in accordance with the compulsory education requirements of the NYS Education Law. The program is located on the same premises or campus where the elementary or secondary education is provided.
2. This program is a nursery school that is **voluntarily registered with the NYS Education Department** and operated in accordance with Part 125 of its regulations. **Attach a copy of your registration.**
3. This program is a summer day camp operated in accordance with Subpart 7-2 of the State Sanitary Code. **Attach a copy of your permit from the NYS Department of Health to operate a summer day camp.**
4. This program is a day care center, family day care home or other child care program **located on federal or tribal property** and operated in compliance with applicable federal or tribal laws and regulations.
5. This is a nursery school, pre-kindergarten or day care program for children three years of age or older or a program for school-age children conducted during non-school hours, **operated by a private school or academy** which is providing elementary or secondary education or both in accordance with the compulsory education requirements of the NYS Education Law. The program is located on the same premises or campus where the elementary or secondary education is provided.
6. This program is a nursery school, pre-kindergarten or day care program for children three years of age or older or a program for school-age children conducted during non-school hours, **operated by a nonprofit agency or organization or a private voluntary agency** which is not voluntarily registered with NYS Education Department and does not provide services to children for three or less hours per week.
7. This is a school age program that cares for not more than six children.
8. None of the above statements describe this program. If this is your answer, you may need to be licensed or registered. Until you are licensed or registered or can provide documentation that you are legally-exempt from licensing and registering requirements, the Department of Social Services cannot pay you to provide child care. For information about licensing, contact the Bureau of Early Childhood Services at 1-800-732-5207.

*If your program meets the definition found in **statements 1, 2, 3, or 4** above, proceed to **Section IV, Criminal History Certifications**. You do not need to complete the following sections:*

- **Section III, Facility Safety Checklist;**
- **Section V, Administration of Medication,**
- **Section VI, History of Court Ordered Article 10 Removal of a Child**
- **Section VII, History of Termination of Parental Rights**
- **Section VIII, History Of A Suspension, Revocation or Denial of a License or Registration to Operate a Child Day Care Program.**

*If your program meets the definition found in **statements 5, 6, 7 or 8**, then you must complete all sections in this enrollment form.*

All providers must complete Section IX, Parent/Caretaker and Provider Certifications.

III. FACILITY SAFETY CHECKLIST

Provider and parent/caretaker should complete this together.

A. THE PROVIDER MEETS THESE REQUIREMENTS BEFORE CARING FOR CHILDREN:

Yes No

- The provider and all children have two separate & remote ways to leave the building in an emergency.
- Rooms for children are well-heated, well-lighted and well-ventilated.
- The facility is free of unsafe areas (such as swimming pools, open drainage ditches, wells, holes, wood or coal burning stoves, fireplaces, and gas space heaters). If there are unsafe areas, sturdy barriers are in place around the unsafe areas that keep children from getting to them.
- If child care is provided above the first floor, there are barriers or locks on the windows so children can not fall out.
- The water supply is safe. There are working toilets. There is hot and cold running water all the time.
- The provider, each volunteer who is likely to have regular contact with the children and each employee are physically able to provide child care and are free of any communicable disease.
- The facility is free of any dangerous or unsafe conditions that could hurt children. This includes:
 - Knives and other sharp objects are out of the reach of children.
 - Small toys, rungs, electrical cords are not used in a way that could lead to a child's trip.
 - Electrical cords do not run under mats or rugs and are out of the reach of small children.
 - Extension cords do not have 3-pronged plugs.
 - Any guns and other firearms are locked and stored in a locked drawer or cabinet and the key is kept in a safe place.
 - Cords and blind controls are out of the reach of children.
 - Hot liquids are out of the reach of children.
 - Small items that a child could choke on are out of the children's reach.
- All matches, lighters, medicines/drugs, cleaning materials, detergents, aerosol spray cans and other poisonous or toxic materials are stored in their original containers. Care is taken so that they do not come in contact with children, where food is prepared, or otherwise be a danger to the children. All of these materials are stored safely away from the children.
- Each child will receive meals and snacks according to what the parent/caretaker and the provider have agreed.
- Milk, formula and any food that goes bad if left out will be kept refrigerated.
- If the provider cares for infants, formula, breast milk and other food items for infants will not be heated in a microwave oven.
- The provider will always allow the custodial parent/caretaker or caretaker to have access to his/her children in care, to the facility while the child is in care, and to any written records concerning the child.
- The provider will hold evacuation drills at least once a month with the children so they will know what to do in an emergency.
- The provider has a working telephone OR can get to one very quickly in an emergency. Emergency telephone numbers for the fire department, local police or sheriff's department, poison control center and ambulance service are posted near the phone and are easy to see.
- If a child in care is under 5 years old, protective caps, covers or permanently installed safety devices are used on all electrical outlets that children could reach.

Yes No

- Paint and plaster are in good repair so that there is no danger of children putting paint or plaster chips in their mouths or of it getting into food.
- There is at least one operating smoke detector on each floor of the facility. The provider will check regularly to make sure all detectors work.
- The facility has a portable first aid kit that is easy to get to in an emergency and is kept in a clean container away from children. It is stocked to treat common childhood injuries and problems. The provider will always replace things in the first aid kit as soon as possible after something has been used or is too old to be used.
- The parent/caretaker has given the provider signed proof from a doctor or other health care provider that: the child has received all of the immunizations they should have for the child's age; OR that one or more of the immunizations would harm the child's health; OR the child's parent/caretaker provides a statement saying that the child has not been immunized due to the parent/caretaker's religious beliefs.
- Stairs, railings, porches and balconies are in good repair.

B. THE PROVIDER AGREES TO THE FOLLOWING CONDITIONS:

The provider WILL NEVER use corporal punishment or let others use corporal punishment while children are in care. Corporal punishment means hitting a child directly or indirectly with anything that could hurt or punish them such as spanking; biting; shaking; slapping; twisting or squeezing; making a child perform physical exercises; or forcing the child to stay still for long periods of time; making a child stand in a punishment room; forcing the child or caregiver to eat, drink, or eat or drink something that is bizarre; bathing the child in unusually hot or cold water; and forcing the child to eat or drink something that is not safe for the child, such as foods, hot spices or foreign substances.

The provider WILL NEVER use or permit the use of alcohol or drugs while children are in care and will make sure that children that are in care do not have contact with people using alcohol or drugs.

The provider WILL NOT allow smoking in the facility or in other areas, such as in cars or other vehicles, when children are present.

The provider, volunteers, and employees WILL NEVER leave children alone or in the care of other people.

BY SIGNING THE FACILITY SAFETY CHECKLIST, THE PARENT/CARETAKER AND PROVIDER AGREE THAT THEY HAVE INSPECTED THE FACILITY AND THAT ALL STATEMENTS ON THE FORM ARE TRUE AND ACCURATE.

PROVIDER NAME (PRINT):	PROVIDER SIGNATURE:	DATE:
PARENT/CARETAKER NAME (PRINT):	PARENT/CARETAKER SIGNATURE:	DATE:

IV. CRIMINAL HISTORY CERTIFICATIONS:

To be completed by provider

A. PROVIDER HISTORY

I certify to the best of my knowledge and belief that I (Choose one):

- have** been convicted of a crime in New York State or any other place.
- have not** been convicted of a crime in New York State or any other place.

B. OTHER CAREGIVER (EMPLOYEE AND VOLUNTEER) HISTORY

I certify to the best of my knowledge and belief that **any VOLUNTEER**, who is likely to have regular contact with children in care, and **any EMPLOYEE** (Choose one):

- has** been convicted of a crime in New York State or any other place.
- has not** been convicted of a crime in New York State or any other place.

C. CERTIFICATION

I certify that I have asked each volunteer, who is likely to have regular contact with children in care, and I have asked each employee, if he or she has been convicted of a crime.

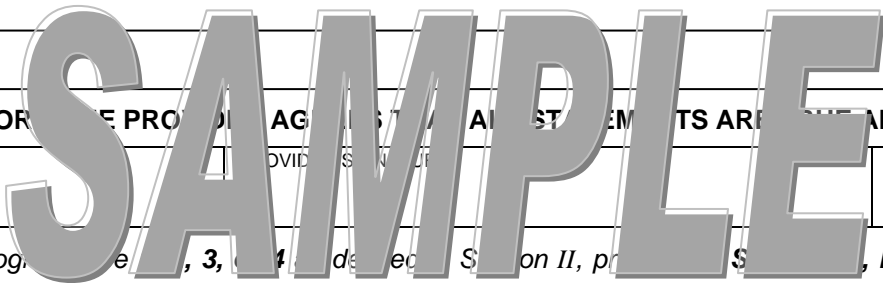
If I, or any other person listed below has been convicted of a crime, I or that other person will provide true and accurate information in writing to the parent/caretaker(s) of the children I will be caring for and to the Department of Social Services concerning the crime(s), the date(s) of such convictions and any other relevant information.

I understand that I am not eligible to provide child care if I, or any other person listed below, has been convicted of a felony or misdemeanor against children.

I understand that I am not eligible to provide child care if I, or any such other person listed below, has been convicted of a violent or other serious crime unless extenuating circumstances relating to the conviction(s) exist.

I understand that I may request that the Department of Social Services review any extenuating circumstances to determine if an exception could be made to allow me to provide child care. If I request an exception, I will provide all documents or references required by the Department of Social Services.

List all employees, and all volunteers who are likely to have regular contact with children in care.



BY SIGNING THIS FORM, I CERTIFY THAT THE INFORMATION I PROVIDE IS TRUE AND ACCURATE.

PROVIDER NAME (PRINT):

PROVIDER SIGNATURE:

DATE:

If your program is program 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, Parent/Caretaker and Provider Certifications.

V. ADMINISTRATION OF MEDICATION

NYS Law restricts the right to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to specific medical professionals who are authorized by NYS to administer medication. Some individuals are exempt from this requirement based on their relationship to the child, family or household, and are permitted to administer medications, including:

- The child's parent, step-parent, legal custodian, legal guardian, or a member of the child's household,
- A child care provider employed by the parent/caretaker to provide child care in the child's home,
- Family members who are related within the 3rd degree of consanguinity to the child's parent or step-parent, and
- Effective January 31, 2005, child care providers who are trained and authorized by the Office of Children and Family Services (OCFS), under a Health Care Plan for Administration of Medication, approved by a qualified health care consultant, may administer medication when such providers are:
 - ▲ operating in compliance with the NYS regulations,
 - ▲ authorized by the child's parent/caretaker, step-parent, legal guardian, or legal custodian to administer medication, and
 - ▲ administering medication to subsidized children in care.

To receive OCFS authorization to administer medication, a child care provider must be at least 18 years of age and literate in the language in which the parental permissions and health care provider's instructions will be given.

Any person who is not authorized by NYS Law, or not exempt from this legal requirement, may only administer over-the-counter topical ointments, sunscreen and topical insect repellent. Examples of medication such providers may not administer include, but are not limited to: Tylenol®; Ritalin®; insulin; antibiotics; and ear, eye or nose drops.

A. QUALIFICATIONS TO ADMINISTER MEDICATION

Provider must complete.

1. Is the provider legally permitted to administer medication to subsidized children when authorized by a parent/caretaker, legal guardian, or legal custodian?

Yes.

No. You are not authorized or permitted to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to the children in your care.

2. Is an employee or volunteer of the program legally permitted to administer medication to subsidized children when authorized by a parent/caretaker, legal guardian, or legal custodian?

Yes. Give employee/volunteer's name: _____

No. Your employee/volunteer(s) is not authorized or permitted to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to the children in your care.

3. Give the reason that allows the provider and/or the employee/volunteer to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to subsidized children in the program. Answer this question only if you answered "Yes" to question 1 or 2.

Check the box(es) below that show the reason(s) that the provider or the employee/volunteer named above is allowed to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to subsidized children in the program. If there is a different answer or reason for different children, the provider must check all answers that apply.

The provider must attach the documentation required for each answer indicated.

A) I have a valid professional health care license as a physician, physician assistant, physician assistant, registered nurse or nurse practitioner that authorizes me to administer medication. I am not required to have a Health Care Plan for Administration of Medication. **I have attached a copy of my current medical license.**

B) My employee/volunteer has a valid professional health care license as a physician, physician assistant, registered nurse, or nurse practitioner that authorizes him/her to administer medication. I am required to have a Health Care Plan for Administration of Medication. **I have attached a copy of the approval page of my Health Care Plan for Administration of Medication, and a copy of my employee/volunteer's current medical license.**

C) I have, or my employee/volunteer has, a valid professional license as a practical nurse or certification as an advanced emergency medical technician that allows me, or my employee/volunteer, to administer medication. I am required to have a Health Care Plan for Administration of Medication. **I have attached a copy of my or my employee's/volunteer's current medical license or certification, and a copy of the approval page of the Health Care Plan for Administration of Medication.**

D) I have, or my employee/volunteer has, met the training requirements of OCFS regulations, 18 NYCRR Part 415.4 (f)(7)(iv)(z). I am required to have a Health Care Plan for Administration of Medication. **I have attached a copy of the approval page of the Health Care Plan for Administration of Medication.**

B. INTENT TO SEEK AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION TO SUBSIDIZED DAY CARE CHILDREN

Providers who are not permitted to administer medications must answer this.

Will the provider be seeking authorization to administer medication to subsidized day care children? (choose one).

Yes. I want to learn how to start the process. *Ask the Department of Social Services representative, or in New York City, the Human Resource Administration (HRA) or Administration for Children's Services (ACS) representative, for the following form: Obtaining Authorization to Administer Medication to Children in Legally-Exempt Care.*

No. I will not be seeking authorization to administer medication at this time.

C. PARENT/CARETAKER AND PROVIDER AGREEMENT FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

Parent/caretaker must complete this section.

Who will be responsible for administering medication to your child(ren) in the provider’s care? (Check all that apply).

- The child care provider or qualified employee/volunteer named previously will administer medication to the child.
- The legally-exempt child care provider or employee/volunteer will not administer medication. Instead, the parent/caretaker will administer medication or choose a person who is permitted under NYS Education Law to administer medication. This may include a member of the child’s household or certain relatives. The relatives who may be authorized include: the child’s grandparent, great-grandparent, great-great-grandparent, aunt/uncle (and spouse), great aunt/great uncle (and spouse), brother/sister or first cousin (and spouse). The parent/caretaker will inform the provider in writing when he or she has chosen a person to give medication to his or her child.

D. PROVIDER CERTIFICATION REGARDING ADMINISTRATION OF MEDICATION

Provider must complete this section:

I will administer medication in compliance with NYS law and only to the extent that I am permitted by NYS law to do so.

If I have employees, I will make sure that each of my employees administers medication in compliance with NYS law and only to the extent permitted by NYS law.

If I have volunteers, I will make sure that each of my volunteers administers medication in compliance with NYS law and only to the extent permitted by NYS law.

By signing this, I agree that the information on this form is true and accurate.

PROVIDER SIGNATURE:

DATE:



E. PARENT/CARETAKER CERTIFICATION REGARDING ADMINISTRATION OF MEDICATION

I certify that all statements on this form are true and accurate.

I understand that it is **my responsibility** to make sure my child(ren) receive(s) any necessary medication. I understand that if I choose a child care provider who is not able to meet all of my child(ren)’s health care needs, I am responsible for making additional arrangements to meet the child(ren)’s needs. I will make all necessary arrangements prior to placing my child in the provider’s care.

My provider has informed me whether he or she (or his/her employee/volunteer) is legally permitted to administer medication. I have read the Qualifications For Administration Of Medication, Section V A, of this enrollment form, and I understand whether or not my provider or his/her employee/volunteer is legally permitted to give medication to my child(ren).

My child care provider and I have discussed who will administer medication to my child(ren) while the child(ren) is in the provider’s care. Our agreement regarding who will be responsible for administering medication to my child(ren) is indicated on this form in Section V C.

I understand that I may administer medication to my child, or that I may authorize another person that is legally permitted to administer medication to my child. I may authorize a member of my child’s household or certain relatives of the child to administer medication. The relatives who may be authorized include: the child’s grandparent, great-grandparent, great-great-grandparent, aunt/uncle (and spouse), great aunt/great uncle (and spouse), brother/sister or first cousin (and spouse).

PARENT/CARETAKER SIGNATURE

DATE:

VI. HISTORY OF COURT-ORDERED ARTICLE 10 REMOVAL OF A CHILD

Provider must complete.

A. PROVIDER HISTORY

- I certify that (choose one):
 - I have never had a child removed from my care by court order in a proceeding under Article 10 (child protective) of the Family Court Act (FCA). (Go to section B.)
 - I have had a child removed from my care by court order in a proceeding under Article 10 of the Family Court Act.
- Date(s) removal(s) occurred: _____
- As a result of the FCA Article 10 hearing, was there a judicial finding of abuse or neglect?
 - Yes, there was a judicial finding of abuse or neglect. (Indicate type of finding below.)
 - Neglect
 - Abuse, severe or repeated
 - Abuse
 - No, there was no judicial finding of abuse or neglect. (Indicate reason below.)
 - petition was withdrawn
 - Article 10 petition was not filed with the court
 - case was dismissed
 - Other, explain: _____
- Length of time that the child(ren) was/were removed from the home (specify date):
 - 3 days or less
 - more than 3 days and no more than 60 days
 - more than 60 days but less than 1 year
 - 1 year or longer
- Provider must attach a written description of what led to removal and the underlying reasons for the removal.



B. PROVIDER CERTIFICATION REGARDING HISTORY OF COURT-ORDERED ARTICLE 10 REMOVAL

The provider must complete this certification.

By signing this form, I agree that I have provided true and accurate information regarding any history of an Article 10 removal of a child in my care.

SIGNATURE OF PROVIDER:	DATE:
------------------------	-------

VII. HISTORY OF TERMINATION OF PARENTAL RIGHTS

Provider must complete.

A. PROVIDER HISTORY

- I certify and attest that (Choose one):
 - I have never had my parental rights terminated. (Proceed to Part B.)
 - I have had my parental rights terminated.
- My parental rights were terminated based on: (Check reason below):
 - Abandonment
 - Mental illness
 - Permanent neglect
 - Mental retardation
 - Severe or repeated abuse
 - Other: _____
- Provider must attach a written description of what led to the termination of parental rights and the underlying reasons for the termination of parental rights.

B. PROVIDER CERTIFICATION REGARDING HISTORY OF TERMINATION OF PARENTAL RIGHTS

The provider must sign this certification.

By signing this form, I agree that I have provided true and accurate information regarding any history of a termination of my parental rights.

SIGNATURE OF PROVIDER:	DATE:
------------------------	-------

VIII. HISTORY OF A SUSPENSION, REVOCATION OR DENIAL OF A LICENSE OR REGISTRATION TO OPERATE A CHILD DAY CARE PROGRAM

(CHILD DAY CARE includes: day care centers, family day care homes, group family day care homes, small day care centers and/or school age child care programs.) *Provider must complete.*

A. PROVIDER HISTORY

1. I certify and attest (*Choose all that apply*):

- I have applied for an initial license or registration to operate a child day care program, and been denied.
- I have applied for a renewal of a license or registration to operate a child day care program and been denied.
- I have applied for an initial or renewed license or registration to operate a child day care program and I have never been denied an application for or a renewal of a license or registration to operate a child day care program.
- I have never applied for a license or registration to operate a child day care program. (*Go to Part B.*)

2. I certify and attest that (*Choose one*):

- I have never had a license or registration to operate a child day care revoked or suspended.
- I have had a license or registration to operate a child day care revoked or suspended.

3. If you have ever had a license or registration revoked, suspended or denied, give name and location of the child day care program(s) for which this action occurred _____

4. Provider must attach a description of why the license or registration was denied, revoked or suspended to the license or registration to operate a day care program.



B. PROVIDER CERTIFICATION OF REGISTRATION OR LICENSE DENIAL OR SUSPENSION

The provider must sign this certification.

By signing this form, I agree that I have provided true and accurate information regarding my history of denial, revocation or suspension of a license or registration to operate a child day care program.

SIGNATURE OF PROVIDER:	DATE:
------------------------	-------

IX. PARENT/CARETAKER AND PROVIDER CERTIFICATIONS

A. PROVIDER CERTIFICATIONS

I will notify the Department of Social Services immediately if the hours of care or number of children in my care changes.

I agree to collect the family share (fee) if instructed to do so by the Department of Social Services. I will immediately notify the Department of Social Services if the parent/caretaker fails to pay the required family share. I agree to provide accurate attendance records as required by the Department of Social Services.

I understand that representatives of the Department of Social Services and the State of New York may visit my child care program to confirm that the information on my enrollment form and/or on attendance forms is true and accurate, and that child care services are being provided as listed on those forms. I agree to allow representatives of the Department of Social Services and the State of New York access to all areas where child care is provided for a child receiving a child care subsidy. I understand that if I do not allow such access, then I will be considered an ineligible provider. Any child care that I provide to a child receiving a child care subsidy while I am deemed an ineligible provider by the Department of Social Services will not be reimbursed by the Department of Social Services.

I understand that I may not be eligible to provide child care if I have a history of an Article 10 (child protective) removal of a child by court order, termination of my parental rights, or denial, revocation and/or suspension of a license or registration to operate a child day care program. I understand that I may request that the Department of Social Services review any extenuating circumstances to determine if an exception could be made to allow me to provide child care. If I request an exception, I will provide all information, documents or references required by the Department of Social Services.

B. PARENT/CARETAKER CERTIFICATIONS

I understand that my provider may not be eligible to provide child care if he or she has a history of an Article 10 (child protective) removal of a child by court order, termination of parental rights, or denial, revocation and/or suspension of a license or registration to operate a child day care program. I understand that I may request that the Department of Social Services review any extenuating circumstances to determine if an exception could be made to allow my provider to provide child care. If I request an exception, the provider must provide all information, documents or references required by the Department of Social Services.

I understand that the Department of Social Services may not be able to pay a provider when:

- The provider, any volunteer, who is likely to have regular contact with my children, or any employee has been convicted of a crime; or
- The provider has a history of an Article 10 removal of a child by court order, termination of parental rights, or denial, revocation and/or suspension of a license or registration to operate a child day care program.

If the Department of Social Services determines that payment cannot be made to the provider when any of the above events have occurred, I have the right and responsibility to decide whether I want to use this provider. If I choose to continue using such a provider, I am responsible to pay for the child care myself. I understand that I have the right to select another provider.

I will notify the Department of Social Services if the hours that I need child care or other circumstances related to my need or eligibility for child care change. I agree to pay my family share (fee), if any, as directed by the Department of Social Services.

I certify that I have selected the provider to care for my (re) child and that it is my responsibility to monitor the quality of care furnished to my child.



C. PARENT/CARETAKER AND PROVIDER CERTIFICATION

We state that to the best of our knowledge all information stated on this form and any attachments are accurate and true. We understand that providing false or inaccurate information may result in the termination of payments and legal action by the Department of Social Services.

We state that the parent/caretaker has specifically asked the provider if the provider, volunteers who are likely to have regular contact with children in care, or employees have been the subject of an indicated report of child abuse or maltreatment. The provider has asked all volunteers who are likely to have regular contact with children in care and all employees if they have been the subject of an indicated report of child abuse or maltreatment. The provider has given the parent/caretaker true and accurate information in writing regarding any indications of child abuse or maltreatment. The parent/caretaker has considered the information given on child abuse and maltreatment indications and is selecting this provider. The parent/caretaker understands he/she has the right to select another provider.

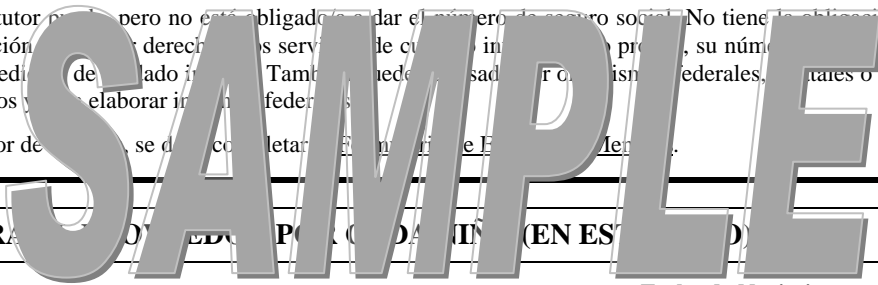
If the provider is required to complete the Facility Safety Checklist, we state that we have completed it together. We understand that payment cannot be made until items marked "No" on the Facility Safety Checklist have been corrected. We agree to notify and provide documentation to the Department of Social Services when any item on the Checklist has been corrected or changed.

By signing this form, the parent/caretaker and provider agree to all of the requirements listed above.

PARENT/CARETAKER SIGNATURE	DATE
PROVIDER SIGNATURE	DATE

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL EN GRUPO
 LEGALMENTE EXENTO**

Nombre del Padre, la Madre o el Tutor:		Número de Caso:
Dirección:		
Teléfono:		(Número de Seguro Social* <i>(No es obligatorio. Ver abajo)</i>)
Nombre del Proveedor:		Fecha de nacimiento**:
Dirección Donde se Brinda el Cuidado Infantil:		
Dirección del Proveedor <i>(Si es distinta)</i> :		
Teléfono:		Número de Seguro Social:
<p>* El padre, la madre o el tutor no es obligado a dar el número de seguro social. No tiene la obligación de revelar su número de seguro social como condición para recibir los servicios de cuidado infantil. Sin embargo, su número de seguro social será utilizado para la identificación de su expediente de cuidado infantil. También puede usarse por organismos federales, estatales o locales para evitar el fraude y la duplicación de servicios y para elaborar informes federales.</p> <p>** Si el proveedor es menor de edad, se debe completar el formulario de Emancipación.</p>		



I. ¿CUÁNTO COBRA POR CUIDADO INFANTIL (EN ESTADOS UNIDOS)?

<u>Nombre del Niño</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Monto Cobrado (por hora/día/semana)</u>
A) _____	_____	_____
B) _____	_____	_____
C) _____	_____	_____

El monto que le cobro al padre, la madre o el tutor que firma el presente formulario NO ES SUPERIOR al monto que cobro por otros niños de la misma edad y que requieren el mismo cuidado.

¿Quién se hará cargo de las comidas y meriendas?

Las comidas y meriendas pueden estar a cargo del padre, la madre, el tutor o del proveedor. *Marque la casilla que indique lo que se pactó.* Si desea información sobre cómo se puede conseguir dinero en su programa de cuidado infantil para colaborar con el pago de las comidas y meriendas, comuníquese con el Programa de Ayuda Alimenticia para Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program) al número 1(800) 942-3858.

- El proveedor se hará cargo de las comidas y meriendas.
- El padre, la madre o el tutor se hará cargo de las comidas y meriendas.
- Otro – Explicar: _____

II. TIPO DE PROGRAMA

Proveedor: Marque la afirmación que describe su programa:

1. El programa es una guardería, pre-jardín de infancia o un programa de cuidado infantil diurno para niños de tres años o más, o un programa para niños en edad escolar que funciona durante el horario no escolar, **administrado por un distrito escolar público** que brinda educación primaria o secundaria o ambas, de acuerdo con los requisitos de educación obligatoria de la Ley de Educación del Estado de Nueva York. El programa funciona en las mismas instalaciones donde se imparte educación primaria o secundaria.
2. El programa es una guardería **voluntariamente inscrita en el Departamento de Educación del Estado de Nueva York** y administrada de acuerdo con la Parte 125 del reglamento. **Adjunte una copia de la inscripción.**
3. El programa es un campamento diurno de verano administrado según la Sub-parte 7-2 del Código de Sanidad Estatal. **Adjunte una copia del permiso otorgado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para administrar un campamento diurno de verano.**
4. El programa es un centro de cuidado diurno, un hogar que brinda cuidado diurno u otro programa de cuidado infantil **ubicado en una propiedad federal o tribal** y administrado de acuerdo con las normas y leyes federales o tribales.
5. El programa es una guardería, pre-jardín de infancia o un programa de cuidado infantil diurno para niños de tres años o más, o un programa para niños en edad escolar que funciona durante el horario no escolar, **administrado por una escuela o academia privada** que brinda educación primaria o secundaria o ambas, de acuerdo con los requisitos de educación obligatoria de la Ley de Educación del Estado de Nueva York. El programa funciona en las mismas instalaciones donde se imparte educación primaria o secundaria.
6. El programa es una guardería o un programa de cuidado infantil diurno **administrado por un organismo u organización sin fines de lucro** que no está inscrito voluntariamente en el Departamento de Educación del Estado de Nueva York para recibir los permisos para niños durante tres horas diarias o menos.
7. Es un programa para niños en edad escolar en el cual no se reciben más de seis niños.
8. Ninguna de las afirmaciones anteriores define este programa. Si su respuesta es ésta, usted necesita una autorización o estar inscrito. Hasta que usted tenga la autorización o esté inscrito o pueda presentar documentación que indique que está legalmente exento de los requisitos de autorización o inscripción, el Departamento de Servicios Sociales no podrá pagarle por sus servicios de cuidado diurno. Para obtener información sobre autorizaciones, comuníquese con la Oficina de Servicios para Niños Pequeños (Bureau of Early Childhood Services) al número 1-800-732-5207.

*Si su programa responde a la definición de las **afirmaciones 1, 2, 3 ó 4**, vaya a la **Sección IV, Certificaciones de Antecedentes Penales**. No es necesario que complete las siguientes secciones:*

- **Sección III**, Lista de Control de Seguridad de las Instalaciones.
- **Sección V**, Administración de Medicamentos.
- **Sección VI**, Antecedentes de Retiro de un Niño por Orden Judicial Según el Artículo 10.
- **Sección VII**, Antecedentes de Cancelación de los Derechos de Padre/Madre.
- **Sección VIII**, Antecedentes de Suspensión, Revocación o Negación de Autorización o Inscripción para Manejar un Programa de Cuidado Infantil Diurno.

*Si su programa responde a la definición de las **afirmaciones 5, 6, 7 u 8**, usted debe completar todas las secciones del presente formulario de inscripción.*

Todos los proveedores deben completar la Sección IX, Certificaciones del Padre, la Madre o el Tutor y del Proveedor.

III. LISTA DE CONTROL DE SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

El proveedor y el padre, la madre o el tutor deben completar la lista de manera conjunta.

A. EL PROVEEDOR CUMPLE CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS:

- | <u>Sí</u> | <u>No</u> | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor y todos los niños tienen dos salidas separadas y distantes para salir del edificio en una emergencia. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los ambientes para los niños están bien calefaccionados, iluminados y ventilados. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No hay áreas peligrosas (como piscinas, canaletas de desagüe abiertas, aljibes, pozos, estufas que funcionen con carbón o madera, chimeneas, y calentadores a gas). Si hay áreas peligrosas, las mismas están rodeadas por barreras resistentes que impiden que los niños se acerquen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si el cuidado infantil no se brinda en la planta baja, hay barandas y cerrojos en las ventanas que impiden que los niños se caigan. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El suministro de agua no presenta riesgos. Los baños funcionan. Siempre hay agua corriente fría y caliente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor y los voluntarios que podrían estar en contacto constante con los niños y todos los empleados tienen la aptitud para suministrar cuidado infantil y no tienen una enfermedad contagiosa. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En las instalaciones no hay elementos peligrosos que puedan dañar a un niño. Entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> • Los cables y demás objetos colgantes que estén fuera del alcance de los niños. • Los tapetes, alfombras, alfombrillas y alfombras que estén sueltos para que los niños no se tropiecen. • Los cables eléctricos sueltos, como cables de televisión y alfonbrillas y esteras fuera del alcance de los niños. • Los cables de extensión que estén sueltos. • Las pinzas y otros artículos que estén desahucados y que estén en un estante o armario bajo llave y la llave se guarda en un lugar seguro. • Las cuerdas para abrir y cerrar persianas están fuera del alcance de los niños. • No hay líquidos calientes al alcance de los niños. • No hay artículos pequeños al alcance de los niños con los cuales podría atragantarse. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los fósforos, encendedores, medicamentos, artículos de limpieza, detergentes, aerosoles y demás productos tóxicos se guardan en sus envases originales. Se toman las precauciones para que tales productos no estén en contacto con los niños, en donde se prepara la comida o en otro sitio que pudiese ser riesgoso para los niños. Todos estos productos se guardan en un lugar seguro y fuera del alcance de los niños. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cada niño recibirá las comidas y meriendas de acuerdo con lo que el padre, la madre o el tutor y el proveedor hayan acordado. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La leche, leches de fórmula y demás alimentos que se pongan en mal estado si se dejan afuera serán refrigerados. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si el proveedor cuida bebés, la leche de fórmula, leche materna y demás alimentos para bebés no serán calentados en un horno de microondas. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor siempre le permitirá al padre, la madre o el tutor con custodia el acceso al niño bajo su cuidado, a las instalaciones mientras cuida al niño, y a cualquier registro escrito relacionado con el niño. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor hará simulacros de evacuación con los niños por lo menos una vez al mes para que sepan qué hacer en caso de emergencia. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor tiene un teléfono que funciona o puede conseguir uno rápidamente en caso de emergencia. Los números de teléfono para emergencias del cuerpo de bomberos, policía local, oficina del sheriff, centro de control de intoxicaciones y servicios de ambulancia están pegados cerca del teléfono y se ven con facilidad. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si el niño que se cuida es menor de 5 años, todos los enchufes a su alcance están tapados o tienen un dispositivo de seguridad instalado permanentemente. |

Sí No

- La pintura y el yeso de las paredes están en buen estado, por lo tanto no hay riesgos de que los niños se pongan trocitos de yeso o pintura en la boca ni que éstos se mezclen con la comida.
- Hay por lo menos un detector de humo que funciona en cada piso de las instalaciones. El proveedor controlará regularmente que todos los detectores de humo funcionen.
- Hay un botiquín de primeros auxilios portátil, fácil de alcanzar en caso de emergencia, que se guarda en un contenedor limpio y fuera del alcance de los niños. Tiene lo necesario para tratar heridas y problemas comunes en los niños. Después de usar un elemento del botiquín de primeros auxilios o si algún artículo estuviese vencido, el proveedor lo repondrá lo antes posible.
- El padre, la madre o el tutor le ha entregado al proveedor un informe médico que indica que: el niño recibió todas las vacunas apropiadas para su edad o que una o más de dichas vacunas dañarían la salud del niño; o el padre, la madre o el tutor presenta una declaración en la que se indica que el niño no ha recibido las vacunas debido a las creencias religiosas del padre, la madre o el tutor.
- Las escaleras, rejas, porches o terrazas cubiertas y balcones están en buen estado.

B. EL PROVEEDOR ACEPTA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

El proveedor NUNCA usará fuerza física o permitirá que otro lo haga contra un niño es su cuidado. Por daño físico se entiende acciones dirigidas al cuerpo del niño por negligencia tales como golpes, morder, empujar, dar cachetadas, retorcer, apretar o pellizcar al niño; hacerlo realizar ejercicios físicos forzados; obligarlo a permanecer quieto por largos períodos de tiempo; hacerlo permanecer en posiciones extremas o forzarlo a beber agua fría o caliente y forzar al niño a comer o a ponerse en la cama; o permitir que otros lo hagan.

El proveedor NUNCA consumirá alcohol ni fumará cuando los niños estén bajo su cuidado y se asegurará que los niños bajo su cuidado no tengan contacto con personas bajo el efecto de alcohol.

El proveedor NO fumará ni permitirá que se fume en espacios cerrados, como, por ejemplo, autos y demás vehículos, cuando los niños estén presentes.

El proveedor, los empleados o voluntarios NUNCA dejarán a los niños solos ni al cuidado de otras personas.

AL FIRMAR LA LISTA DE CONTROL DE SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES, EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR Y EL PROVEEDOR DECLARAN QUE HAN INSPECCIONADO LAS INSTALACIONES Y QUE TODAS LAS AFIRMACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO SON CIERTAS Y CORRECTAS.

NOMBRE DEL PROVEEDOR (LETRA DE IMPRENTA):	FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:
NOMBRE DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR (LETRA DE IMPRENTA):	FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR:	FECHA:

IV. CERTIFICACIONES DE ANTECEDENTES PENALES:

Debe ser completado por el proveedor

A. ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR

Declaro según mi leal saber y entender que (*Seleccionar uno*):

- He sido** condenado por un delito en el Estado de Nueva York o en otro lugar.
- No he sido** condenado por un delito en el Estado de Nueva York ni en otro lugar.

B. ANTECEDENTES DE EMPLEADOS Y VOLUNTARIOS

Declaro según mi leal saber y entender que los **VOLUNTARIOS** que puedan estar en contacto constante con los niños y los **EMPLEADOS** (*Seleccionar uno*):

- Han sido** condenados por un delito en el Estado de Nueva York o en otro lugar.
- No han sido** condenados por un delito en el Estado de Nueva York ni en otro lugar.

C. CERTIFICACIÓN

Certifico que le he preguntado a cada voluntario que pueda estar en contacto constante con los niños y a cada empleado si han sido condenados por algún delito.

Si yo o alguna de las personas que aparecen a continuación hemos sido condenados por un delito, yo o dicha persona le entregará al padre, la madre o el tutor de los niños que estarán bajo mi cuidado y al Departamento de Servicios Sociales información cierta y correcta, por escrito con respecto al delito(s), la fecha(s) de tal(es) condena(s) y cualquier otra información pertinente.

Entiendo que no reúno los requisitos para brindar cuidado infantil si yo o alguna de las personas nombradas a continuación hemos sido condenados por un delito grave o leve contra los niños.

Entiendo que no tengo derecho a brindar cuidado infantil si yo o alguna de las personas que aparecen a continuación hemos sido condenados por un delito de violencia u otro delito grave, a menos que existan circunstancias atenuantes con relación a la(s) condena(s).

Entiendo que puedo solicitar que el Departamento de Servicios Sociales examine las circunstancias atenuantes para determinar si es posible hacer una excepción que me permita brindar cuidado infantil. En caso de solicitar una excepción, suministraré todos los documentos y referencias solicitadas por el Departamento de Servicios Sociales.

Listado de todos los empleados y voluntarios que puedan estar en contacto constante con los niños bajo mi cuidado.

SAMPLE	
AL FIRMAR EL PRESIDENTE DE FORMULARIO, EL PROVEEDOR ADICIONA QUE TODAS LAS AFIRMACIONES SON CIERTAS Y CORRECTAS.	
NOMBRE DEL PROVEEDOR (LETRA DE IMPRIMITE)	FECHA:

Si su programa se define como un programa de cuidado de niños 3 ó más de acuerdo con la Sección II, va a necesitar certificaciones del Padre, la Madre o el Tutor del Proveedor.

V. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Con excepción de las pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de uso tópico y de venta libre, las leyes del Estado de Nueva York restringen el derecho de suministrar medicamentos a profesionales médicos autorizados por el Estado de Nueva York a hacerlo. Algunas personas están exentas de este requisito, debido a su parentesco con el niño, relación con la familia o la casa y pueden administrar medicamentos. Entre ellas:

- Los padres, padrastros, custodios legales, tutores o habitantes de la casa del niño.
- El proveedor de cuidado infantil empleado por el padre, la madre o el tutor para prestar el servicio en la casa del niño.
- Miembros de la familia que tengan lazos consanguíneos de hasta 3er grado con los padres o padrastros del niño.
- Y, en vigencia desde el 31 de enero de 2005, los proveedores de cuidado infantil capacitados y autorizados por la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS), según el Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos aprobados por un profesional de la salud competente, podrán administrar medicamentos cuando tales proveedores:
 - ▲ se desempeñen de acuerdo a las leyes del Estado de Nueva York,
 - ▲ estén autorizados a administrar medicamentos por el padre, la madre o bien el tutor, padrastro, o custodio legal del niño, y
 - ▲ cuando administren medicamentos a niños subvencionados que están bajo su cuidado.

Para recibir la autorización de la OCFS para administrar medicamentos, el proveedor de cuidado infantil deberá tener por lo menos 18 años de edad y saber el idioma en que se darán los permisos de los padres y las instrucciones del profesional de la salud.

Las personas que no están autorizadas por las leyes del Estado de Nueva York, o no están exentas de este requisito legal, sólo pueden administrar pomadas, protectores solares y repelentes de insecto de uso tópico y de venta libre. A continuación encontrará algunos ejemplos de los medicamentos que tales proveedores no pueden administrar: Tylenol®; Ritalin®; insulina; antibióticos; gotas para los oídos, los ojos y la nariz.

A. REQUISITOS PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Debe ser completado por el proveedor.

1. ¿Tiene el proveedor autorización legal para administrar medicamentos a los niños subvencionados cuando el padre, la madre, el tutor o custodio legal lo autoriza?

Sí.

No. Usted no tiene permiso o autorización para administrar medicamentos fuera de las pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de uso tópico y venta libre a los niños bajo su cuidado.

2. ¿Tiene el empleado o voluntario del programa autorización legal para administrar medicamentos a los niños subvencionados cuando el padre, la madre, el tutor o custodio legal lo autoriza?

Sí. Nombre del empleado/ voluntario:

No. Su empleado/ voluntario no tiene permiso ni autorización para administrar medicamentos fuera de las pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de uso tópico y venta libre a los niños bajo su cuidado.

3. Indique la razón que le permite al proveedor o al empleado/voluntario administrar medicamentos distintos de pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de uso tópico y de venta libre a los niños subvencionados que participan en su programa. Responda esta pregunta sólo si respondió "Sí" a la pregunta 1 ó 2.

Marque la casilla(s) que indique la razón que habilita al proveedor o al empleado/ voluntario nombrado anteriormente a administrar medicamentos distintos de pomadas, protectores solares y repelentes de insectos de uso tópico y de venta libre a los niños subvencionados que participan en el programa. Si ha respondido "Sí" a la pregunta 1 ó 2, para los distintos niños, el proveedor deberá marcar todas las casillas que correspondan.

El proveedor deberá indicar la documentación adjunta para cada respuesta tal como se indica a continuación.

A) Tengo un título profesional válido de médico, enfermero con práctica médica que me habilita para administrar medicamentos. No necesito tener un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

Adjunto copia de mi habilitación médica general.

B) Mi empleado/ voluntario tiene un título profesional válido de médico, asistente médico, enfermero matriculado o enfermero con práctica médica que lo habilita para administrar medicamentos. Si necesito tener un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

Adjunto copia de mi página de aprobación del Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos, y una copia de la habilitación médica vigente de mi empleado/ voluntario.

C) Yo tengo, o mi empleado tiene, una habilitación como enfermero con práctica médica o una certificación como auxiliar médico avanzado en emergencias que me habilita a mi o a mi empleado/ voluntario a administrar medicamentos. Si necesito tener un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

Adjunto copia de la habilitación o certificación médica mía o de mi empleado/ voluntario y una copia de mi página de aprobación del Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

D) Yo o mi empleado/ voluntario hemos cumplido con los requisitos de capacitación del reglamento 18 NYCRR Parte 415.4 (f)(7)(iv)(z) de la OCFS. Si necesito tener un Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

Adjunto copia de mi página de aprobación del Plan de Cuidado de la Salud para la Administración de Medicamentos.

B. INTENCIÓN DE OBTENER AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A NIÑOS SUBVENCIONADOS EN PROGRAMAS DIURNOS DE CUIDADO INFANTIL

Los proveedores sin autorización para administrar medicamentos deben responder lo siguiente.

¿Tiene el proveedor la intención de obtener autorización para administrar medicamentos a niños subvencionados en programas diurnos? (seleccionar uno).

Sí. Quiero saber cómo comenzar con el proceso. Pídale al representante del Departamento de Servicios Sociales, o en la Ciudad de Nueva York a la Administración de Recursos Humanos (Human Resource Administration-HRA) o al representante de la Administración de Servicios para Niños (Administration for Children's Services-ACS), el siguiente formulario: Obtención de Autorización para Administrar Medicamentos a Niños en Cuidado Infantil Legalmente Exento.

No. Por el momento no trataré de conseguir autorización para administrar medicamentos.

C. ACUERDO ENTRE EL PADRE O LA MADRE/ EL TUTOR Y EL PROVEEDOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

El padre, la madre o el tutor debe completar esta sección.

¿Quién le dará los medicamentos a su/s hijo/s cuando esté/n al cuidado del proveedor? (Marcar todo lo que corresponda).

- El proveedor de cuidado infantil o empleado/ voluntario autorizado que se nombró antes le dará los medicamentos al niño.
- El proveedor de cuidado infantil legalmente exento o el empleado/ voluntario **no** le dará los medicamentos al niño. Lo hará el padre, la madre o el tutor o se seleccionará a una persona autorizada para hacerlo según las leyes de educación del Estado de Nueva York. Puede incluir un miembro de la casa del niño o ciertos parientes. Los parientes que pueden estar autorizados son: los abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, tíos (y cónyuges), tíos abuelos (y cónyuges), hermanos o primos directos (y cónyuges). El padre, la madre o el tutor le informará al proveedor por escrito cuando haya elegido a una persona para que le dé los medicamentos a su hijo.

D. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR CON RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

El proveedor debe completar esta sección:

Administraré los medicamentos de acuerdo con las leyes del Estado de Nueva York y sólo en la medida en que las leyes del Estado de Nueva York lo permitan.

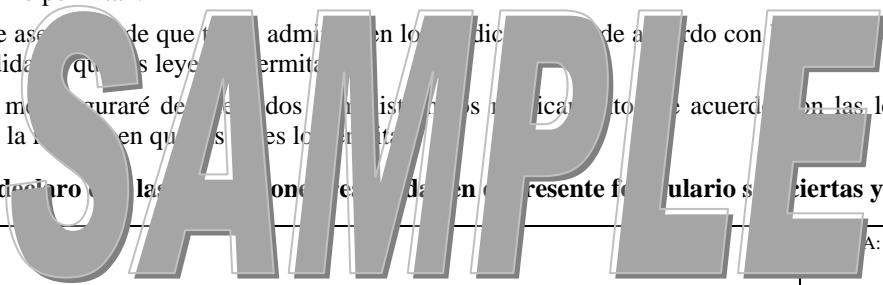
Si tengo empleados, me aseguraré de que administrarán los medicamentos de acuerdo con las leyes del Estado de Nueva York y sólo en la medida en que las leyes lo permitan.

Si tengo voluntarios, me aseguraré de que administrarán los medicamentos de acuerdo con las leyes del Estado de Nueva York y sólo en la medida en que las leyes lo permitan.

Al firmar la presente, declaro que las declaraciones hechas en el presente formulario son ciertas y correctas.

FIRMA DEL PROVEEDOR:

A:



E. CERTIFICACIÓN DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR CON RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Certifico que todas la declaraciones realizadas en el presente formulario son ciertas y correctas.

Entiendo que es **mi responsabilidad** asegurar que mi(s) hijo(s) reciba(n) los medicamentos necesarios. Entiendo que si elijo un proveedor de cuidado infantil que no puede satisfacer todas las necesidades de atención de la salud de mi(s) hijo(s), tengo la responsabilidad de hacer los arreglos necesarios para satisfacer las necesidades de mi(s) hijo(s). Antes de dejar a mi hijo al cuidado del proveedor haré todos los arreglos necesarios.

El proveedor me ha informado si él/ella (o sus empleados/voluntarios) está legalmente autorizado para administrar medicamentos. He leído los Requisitos para la Administración de Medicamentos, Sección V A, del presente formulario de inscripción, y sé si mi proveedor o su empleado/ voluntario está legalmente autorizado para darle medicamentos a mi(s) hijo(s) o no.

Mi proveedor de cuidado infantil y yo hemos conversado sobre quién va a darle los medicamentos a mi(s) hijo(s) mientras esté(n) bajo el cuidado del proveedor. Nuestro acuerdo sobre quién será el responsable de darle los medicamentos a mi(s) hijo(s) se indica en la Sección V C del presente formulario.

Entiendo que puedo ser yo quien le dé los medicamentos a mi(s) hijo(s) o que puedo autorizar a otra persona que esté legalmente habilitada para hacerlo. Puede autorizar a un habitante de la casa del niño o a ciertos parientes para que administren los medicamentos. Los parientes que pueden ser autorizados son: los abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, tíos (y cónyuges), tíos abuelos (y cónyuges), hermanos o primos directos (y cónyuges).

FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR (LETRA DE IMPRENTA):

FECHA:

VI. ANTECEDENTES DE RETIRO DE UN NIÑO POR ORDEN JUDICIAL SEGÚN ARTÍCULO 10

Debe ser completado por el proveedor.

A. ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR

1. Certifico que (seleccionar uno):

- Nunca se retiró a un niño de mi cuidado por orden judicial por una causa civil de acuerdo con el Artículo 10 (protección del niño) del Código de Familia (Family Court Act - FCA). (Vaya a sección B.)
- Retiraron a un niño bajo mi cuidado por orden judicial por una causa civil de acuerdo con el Artículo 10 del Código de Familia (FCA).

2. Fecha(s) del/de los retiro/s: _____

3. En una audiencia por el Artículo 10 del FCA, ¿hubo determinación legal de abuso o negligencia?

- Sí, hubo determinación legal de abuso o negligencia. (Indique el tipo de falta a continuación.)
 - Negligencia Abuso grave o repetido Abuso
- No, no hubo determinación legal de abuso ni negligencia. (Indique la razón a continuación.)
 - se retiró la demanda la demanda según el Artículo 10 no se presentó en los tribunales
 - se desestimó Otra, indicar: _____

4. Duración del plazo durante el cual el niño(s) estuvo(s) en el cuidado de (seleccionar uno):

- 3 días o menos 31 días o más, pero menos de 60 días
- Más de 60 días pero menos de 6 meses 6 meses o más

5. El proveedor debe adjuntar de _____ para esto las _____ provocadas por _____

B. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR CON RESPECTO A SUS ANTECEDENTES DE RETIROS SEGÚN EL ARTÍCULO 10

El proveedor debe completar esta certificación:

Al firmar el presente formulario, declaro que he brindado información cierta y correcta con respecto a mis antecedentes de retiro de niños bajo mi cuidado de acuerdo con el Artículo 10.

FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:
----------------------	--------

VII. ANTECEDENTES DE CANCELACIÓN DE LOS DERECHOS DE PADRE/MADRE

Debe ser completado por el proveedor.

A. ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR

1. Certifico y doy fe de que (seleccionar uno):

- Mis derechos de padre nunca fueron cancelados. (Vaya a la Parte B.)
- Mis derechos de padre fueron cancelados.

2. Mis derechos de padre fueron cancelados por: (Marque el motivo a continuación):

- Abandono Enfermedad mental Negligencia permanente
- Retraso mental Abuso grave o repetido Otro: _____

3. El proveedor debe adjuntar una descripción por escrito de las causas que provocaron la cancelación de los derechos de padre/madre.

B. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR CON RESPECTO A SUS ANTECEDENTES DE CANCELACIÓN DE DERECHOS DE PADRE/MADRE

El proveedor debe firmar esta certificación.

Al firmar el presente formulario, acepto que he brindado información cierta y correcta con respecto a mis antecedentes de cancelación de mis derechos de padre/madre

FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:
----------------------	--------

VIII. ANTECEDENTES DE SUSPENSIÓN, REVOCACIÓN O NEGACIÓN DE AUTORIZACIÓN O INSCRIPCIÓN PARA ADMINISTRAR UN PROGRAMA DE CUIDADO INFANTIL DIURNO

(EL CUIDADO INFANTIL DIURNO incluye: centros de cuidado diurno, casas de familia que brindan cuidado diurno, casas de familia que brindan cuidado diurno en grupo, centros pequeños de cuidado diurno y/o programas de cuidado de niños en edad escolar.) *Debe ser completado por el proveedor.*

A. ANTECEDENTES DEL PROVEEDOR

1. Certifico y doy fe de que (*seleccionar todo lo que corresponda*):
 - He solicitado autorización o inscripción inicial para administrar un programa diurno de cuidado infantil y fue negada.
 - He solicitado la renovación de la autorización o inscripción inicial para administrar un programa diurno de cuidado infantil y fue negada.
 - He solicitado una autorización o inscripción inicial o la renovación de las mismas para administrar un programa diurno de cuidado infantil y *nunca han rechazado* mi solicitud de renovación de la autorización o inscripción.
 - Nunca he solicitado autorización o inscripción para administrar un programa diurno de cuidado infantil. (*Vaya a la Parte B*).
2. Certifico y doy fe de que (*Seleccionar uno*):
 - Nunca revocaron ni suspendieron mi autorización ni inscripción para administrar un programa diurno de cuidado infantil.
 - Si revocaron o suspendieron mi autorización o inscripción para administrar un programa diurno de cuidado infantil.
3. Si le suspendieron, revocaron o negaron una autorización o inscripción, indique nombre y dirección del programa diurno de cuidado infantil en el cual ocurrió:
4. *El proveedor debe adjuntar evidencia por escrito de la causa que provocó la suspensión, suspensión o revocación de la autorización o inscripción.*

B. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR O REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR DE AUTORIZACIÓN/ INSCRIPCIÓN

El proveedor debe firmar esta certificación.

Al firmar el presente formulario, admito que he brindado información cierta y correcta con respecto a mis antecedentes de rechazo, suspensión o revocación de una autorización o inscripción para administrar un programa diurno de cuidado infantil.

FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:
----------------------	--------

IX. CERTIFICACIONES DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR Y DEL PROVEEDOR

A. CERTIFICACIONES DEL PROVEEDOR

Notificaré de inmediato al Departamento de Servicios Sociales si se modifica la cantidad de horas de cuidado o de niños bajo mi cuidado.

Acepto cobrar la contribución familiar (tarifa) si el Departamento de Servicios Sociales me indica que lo haga. Notificaré de inmediato al Departamento de Servicios Sociales si el padre, la madre o el tutor no abona la contribución familiar solicitada. Acuerdo entregar registros de asistencia precisos tal como lo exige el Departamento de Servicios Sociales.

Entiendo que los representantes del Departamento de Servicios Sociales y del Estado de Nueva York pueden visitar mi programa de cuidado infantil para corroborar que la información suministrada en mi formulario de inscripción y en los formularios de asistencia es cierta y correcta, y que los servicios de cuidado infantil se brindan tal como se indica en los mismos. Acepto permitir el acceso de los representantes del Departamento de Servicios Sociales y del Estado de Nueva York a todas las áreas donde se brinda cuidado infantil a un niño que recibe subsidio para cuidado infantil. Entiendo que si no permito tal acceso, seré considerado como un proveedor que no reúne las condiciones exigidas. El cuidado infantil que le brinde a un niño que recibe un subsidio para cuidado infantil mientras yo sea considerado por el Departamento de Servicio Sociales como un proveedor que no reúne las condiciones exigidas no será reembolsado por el Departamento de Servicios Sociales.

Entiendo que es probable que no reúna los requisitos para brindar cuidado infantil si tengo antecedentes de retiro de un niño por orden judicial de acuerdo con el Artículo 10 (protección del niño), cancelación de mis derechos de padre/madre o negación, revocación o suspensión de mi autorización o inscripción para administrar un programa diurno de cuidado infantil. Entiendo que puedo solicitar que el Departamento de Servicios Sociales examine las circunstancias atenuantes para determinar si es posible hacer una excepción que me permita brindar cuidado infantil. En caso de solicitar una excepción, suministraré toda la información, documentos y referencias solicitadas por el Departamento de Servicios Sociales.

B. CERTIFICACIONES DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR

Entiendo que es probable que mi proveedor no reúna los requisitos necesarios para brindar cuidado infantil si tiene antecedentes de retiro de un niño por orden judicial de acuerdo con el Artículo 10 (protección del niño), cancelación de los derechos de padre/madre o negación, revocación o suspensión de una autorización o inscripción para administrar un programa diurno de cuidado infantil. Entiendo que puedo solicitar que el Departamento de Servicios Sociales examine las circunstancias atenuantes para determinar si es posible hacer una excepción que le permita a mi proveedor brindar cuidado infantil. En caso de que yo solicite una excepción, el proveedor debe suministrar toda la información, documentos y referencias solicitadas por el Departamento de Servicios Sociales. Entiendo que es posible que el Departamento de Servicios Sociales no pueda pagarle a un proveedor cuando:

- El proveedor, algún voluntario que pueda estar en contacto constante con mis hijos o algún empleado ha sido condenado por un delito; o
- El proveedor tiene antecedentes de traslado de un niño por orden judicial de acuerdo con el Artículo 10, de cancelación de derechos de padre/madre o negación, revocación o suspensión de la autorización o inscripción para administrar un programa diurno de cuidado infantil.

Si el Departamento de Servicios Sociales determina que no le puede pagar al proveedor por alguna de las causas anteriores, tengo el derecho y la obligación de decidir si quiero usar el servicio de tal proveedor. Si elijo continuar con los servicios de tal proveedor, tengo la responsabilidad de pagar por el cuidado infantil. Entiendo que tengo derecho a elegir a otro proveedor.

Notificaré al Departamento de Servicios Sociales si la cantidad de horas de cuidado infantil que necesito u otras circunstancias relacionadas con mi necesidad o derecho a recibir cuidado infantil cambian. Acepto pagar la contribución familiar (tarifa) si corresponde, tal como el Departamento de Servicios Sociales me lo indique.

Certifico que yo he elegido a este proveedor para que me brinde a mi hijo(s) cuando yo no puedo controlar la calidad del cuidado que se le brinda a mi hijo(s).



C. CERTIFICACIONES DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR Y DEL PROVEEDOR

Manifiesto que de acuerdo con lo que he leído o escuchado en todas las declaraciones realizadas en el presente formulario y los adjuntos son ciertas y correctas como que la información brindada es correcta, el Departamento de Servicios Sociales puede cancelar o suspender los pagos de una acción.

Expresamos que el padre, la madre o el tutor le ha preguntado específicamente al proveedor si él/ella, los voluntarios que pueden estar en contacto constante con los niños bajo su cuidado, o los empleados han sido los sujetos de un informe de abuso o maltrato infantil indicado. El proveedor le ha preguntado a todos los voluntarios que pueden estar en contacto constante con los niños bajo su cuidado y a todos los empleados si han sido los sujetos de un informe de abuso o maltrato infantil indicado. El proveedor entregó al padre, madre o tutor información por escrito cierta y correcta con respecto a cualquier indicación de abuso o maltrato infantil. El padre, madre o tutor elige a este proveedor habiendo tenido en cuenta la información que le dieron sobre abuso y maltrato infantil. El padre, la madre o el tutor entiende que tiene derecho a elegir a otro proveedor.

Si el proveedor debió completar la Lista de Control de Seguridad de las instalaciones, manifestamos haberlo hecho de manera conjunta. Entendemos que no se podrá realizar el pago hasta que los ítems marcados como "NO" en la Lista de Control de Seguridad de las instalaciones hayan sido corregidos. Acordamos notificar al Departamento de Servicios Sociales y presentar documentación cuando se corrija o cambie cualquier ítem de la Lista de Control.

Al firmar el presente formulario, el padre, la madre o el tutor y el proveedor aceptan todos los requisitos antes mencionados.

FIRMA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR (LETRA DE IMPRENTA):	FECHA
FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA



Child Care Provider Enrollment Supplement*
(to be used with LDSS-4699/LDSS-4700 for all unregulated providers)

Parent/Caretaker's Name:		Case Number:	
Address:			
Telephone:	Social Security Number (Optional, see below): ¹	ACCIS Case Number:	
Provider's Name:	Date of Birth: ²		
Address Where Care is Given:			
Provider's Address (If Different):			
Telephone:	Social Security/License Number		
<p>¹The parent/caretaker may, but does not have to, list his/her Social Security number. You cannot be required to disclose your Social Security number as a condition of eligibility for child care services. If provided, your Social Security number will be used to assist in identifying your child care file. It may also be used by Federal, State and local agencies to prevent duplication of services and fraud, and for Federal reporting.</p> <p>²If the provider is less than 18 years old, the <u>Employment of Minors Form</u> must be completed.</p>			

SAMPLE

Provider/Agency Name: _____ **ACCIS Provider No. (if available):** _____

Provider Rate (All providers, except ACS-contracted programs, must complete this section.)

My weekly child care rates are as follows:

Indicate the rate charged for each age level	INFANT Under 18 months	TODDLER 18 months – under 3 years	PRESCHOOL 3 years – under 6 years	SCHOOL-AGE 6–12 years
Full time (30 hours or more per week)				
Part time (15–29 hours per week)				
Hourly (1–14 hours per week but less than 3 hours per day)				

*ATTENTION: Regulated/licensed providers are not required to complete the **LDSS-4699** or the **LDSS-4700**. They should complete only pages 1 and 2 of this form and submit them with a copy of their license.

Indicate the weekly schedule(s) of child care services for the child(ren) listed below:

Child's Name	Child's Name		Child's Name		Child's Name	
Date of Birth	Month	Day	Year	Month	Day	Year
Date Care Began	Month	Day	Year	Month	Day	Year
Weekly Schedule	From	To	From	To	From	To
Monday						
Tuesday						
Wednesday						
Thursday						
Friday						
Saturday						
Sunday						
OFFICE USE ONLY	Total Hours per Week		Total Hours per Week		Total Hours per Week	
	FIA Child Care Rate		FIA Child Care Rate		FIA Child Care Rate	

SAMPLE

I acknowledge that receiving payment from FIA for child care services provided does not make me an employee of FIA.

Provider Certification

I am enrolling this child in a child care program. I understand that I will be paid only after the child's attendance data is received by FIA and for so long as the above parent/guardian is engaged in an FIA-approved activity or employed. If the parent/guardian fails to meet these criteria, I will be sent a letter from FIA informing me that FIA will no longer pay for child care. I agree that the amount I am charging this parent is not more than the amount I charge for other children of the same age. **I understand that I cannot be paid if I do not list all my rates.**

I will allow the parent/guardian of the children named on this form unlimited access to his/her children and the premises and will make myself available whenever the children are in my care.

I certify that the statements above are accurate and true to the best of my knowledge. I understand that providing false information may lead to the suspension or termination of payments and the recovery of any payments to which I was not entitled.

Provider's Name (print clearly): _____ Official Title (if applicable): _____

Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Certification

I certify that I have reviewed the above information and that it is correct. I understand I must report any changes to FIA.

Parent/Guardian's Name: _____

Parent/Guardian's Signature: _____ Date: _____



Suplemento de Inscripción del Proveedor de Cuidado Infantil*
(a ser usado con LDSS-4699/LDSS-4700 para todos los proveedores no regulados)

Nombre del/de la Padre/Madre/Tutor:		Número del Caso:	
Dirección:			
Teléfono:		Número de Seguro Social (Opcional, vea más abajo): ¹	
Nombre del Proveedor:		Fecha de Nacimiento: ²	
Dirección Donde se Cuida a los Niño(s):			
Dirección del Proveedor (Si es distinta):			
Teléfono:		Número de Seguro Social/Número de Licencia:	
<p>¹El padre, la madre o el tutor puede proporcionar su número de Seguro Social, pero no está obligado(a) a ello. No se le exige que revele su número de Seguro Social como condición de elegibilidad para servicios de cuidado infantil. Si lo proporciona, su número de Seguro Social será utilizado para la identificación de su expediente de cuidado infantil. También puede ser usado por organismos Federales, Estatales o locales para evitar el fraude y la duplicación de servicios, y para elaborar informes Federales.</p> <p>²Si el proveedor es menor de 18 años, el <u>Formulario de Empleo de Menores</u> tiene que ser llenado.</p>			

Nombre del Proveedor/Agencia:

Tarifas del Proveedor (Todo proveedor, excepto programas contratados por la ACS, tienen que llenar esta sección.)

Mis tarifas semanales de cuidado infantil son las siguientes:

Indique la tarifa cobrada para cada grupo de edad	BEBÉ Menos de 18 meses	NIÑO PEQUEÑO 18 meses – menos de 3 años de edad	PRE-ESCOLAR 3 años – menos de 6 años	EDAD ESCOLAR 6–12 años
Tiempo completo (30 horas o más a la semana)				
Tiempo parcial (15–29 horas a la semana)				
Por hora (1–14) horas a la semana pero menos de 3 horas al día				

***ATENCIÓN:** Los proveedores con licencia/regulados no tienen que llenar el **LDSS-4699-S** o el **LDSS-4700S**. Solamente deben llenar las páginas 1 y 2 de este formulario y entregarlas junto con una copia de su licencia.

Indique el horario semanal de cuidado infantil para cada niño nombrado más abajo:

Nombre del Niño	Nombre del Niño			Nombre del Niño			Nombre del Niño		
	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año
Fecha de Nacimiento									
Fecha de inicio de cuidado									
Horario Semanal	De	A		De	A		De	A	
Lunes									
Martes									
Miércoles									
Jueves									
Viernes									
Sábado									
Domingo									
OFFICE USE ONLY	Total Hours per Week			Total Hours per Week			Total Hours per Week		
	FIA Child Care Rate			FIA Child Care Rate			FIA Child Care Rate		

SAMPLE

Yo entiendo que el hecho de recibir pagos de la FIA por servicios de cuidado infantil no significa que soy un empleado de la misma.

Certificación del Proveedor

Estoy inscribiendo a este niño en un programa de cuidado infantil. Entiendo que seré pagado solo después de que la FIA reciba los datos de asistencia del niño siempre y cuando el/la antemencionado(a) padre/madre/tutor esté trabajando o participando en una actividad aprobada por la FIA. En caso de que el/la padre/madre/tutor falle en reunir estos criterios, la FIA me enviará una carta avisándome de que la FIA ya no pagará por el cuidado infantil. Yo doy fe de que la cantidad que le estoy cobrando a este/a padre/madre no es más de la que cobro por otros niños de la misma edad. **Entiendo que no se me puede pagar si no indico todas mis tarifas.**

Yo le permitiré al/a la padre/madre/tutor de los niños nombrados en este formulario acceso ilimitado a sus niños y al local de cuidado, y estaré disponible siempre que los niños estén bajo mi cuidado.

Doy fe de que las declaraciones más arriba son ciertas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que el proporcionar información falsa puede resultar en la suspensión o terminación de pagos y la recuperación de cualquier pago al cual yo no haya tenido derecho.

Nombre del Proveedor (en letras de molde): _____ Cargo Oficial (si corresponde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Certificación del/de la Padre/Madre/Tutor

Doy fe de que he leído y repasado la información más arriba y que la misma es correcta. Entiendo que tengo que reportar cualquier cambio a la FIA.

Nombre del/de la Padre/Madre/Tutor: _____

Firma del/de la Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____



Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

Center: _____

Securing a Child Care Provider Prior to Engagement or Recertification

Recently you should have received an engagement or recertification appointment notice. Our case records show that there are children under the age of 13 in your household. In order to receive public assistance (PA), you must be engaged in a work-related activity unless otherwise exempt. The City of New York will pay for your child care and, if needed, will help you find a child care provider for the time you are required to be engaged in a work-related activity.

In order to facilitate the engagement/recertification process and eliminate the need for return appointments, we encourage you to begin the process of securing and/or documenting your child care prior to your engagement/recertification appointment.

If you already have a child care provider secured, you should complete the form that corresponds to the type of child care you have, as described below. If you do not already have child care, please review the enclosed Child Care Fact Sheet and Planner (**W-574EE**) for information regarding the different types of child care providers and for information on arranging child care.

Once you have secured a provider:

- With your provider, complete the enclosed Child Care Provider Enrollment Supplement (**W-274W**).
- Informal (legally-exempt) child care providers are not required to have a license. If you are using a legally-exempt child care provider, one of the following forms must be completed and signed with the provider in addition to the **W-274W**:
 - Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Family Child Care and Legally-Exempt In-Home Child Care (**OCFS-LDSS-4699**) (Legally-exempt *family* child care refers to child care provided *outside* the parent/legal guardian's home, usually by a neighbor, friend or relative, for up to two children for more than three hours per day or for more than two children if care is provided for less than three hours per day; legally-exempt *in-home* child care refers to child care provided *in* the parent/legal guardian's home, usually by a neighbor, friend or relative.)
 - Enrollment Form for Provider of Legally-Exempt Group Child Care (**OCFS-LDSS-4700**) (Legally-exempt *group* child care refers to all *non-licensed* child care other than by informal child care providers. Legally-exempt group child care includes, but is not limited to, child care programs run by school districts, private schools, non-profit organizations, summer camps and day-care centers.)

To obtain the **LDSS-4699** or **LDSS-4700** you can:

- Request one from your Worker at your Job Center;
- Obtain one from the kiosk at any Job Center; or
- Download the form at <http://www.ocfs.state.ny.us/main/Forms>. You can access the Internet for free at any public library.

Once you have the correct form:

- Complete it with your child care provider, ensuring that both you and the provider have signed each section; and
- Bring the completed form(s) with you to your appointment.

If you have any questions, please contact your Worker.

SAMPLE



Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Centro: _____

Obtención de Proveedor de Cuidado Infantil Antes de la Participación o Recertificación

Usted debe haber recibido hace poco un aviso de cita de participación o recertificación. Hemos notado en nuestros archivos de casos que hay niños menores de 13 años de edad en su hogar. Para poder recibir asistencia pública (public assistance – PA) usted tiene que estar participando en una actividad de trabajo, a menos que esté exento(a) de ello. La Ciudad de Nueva York pagará por el cuidado infantil y si es necesario le ayudará a buscar a un proveedor de cuidado infantil para el tiempo durante el cual se le requiera participar en una actividad de trabajo.

Para facilitar el proceso de participación/recertificación y para eliminar la necesidad de citas recurrentes, le sugerimos que empiece a buscar y/o documentar su cuidado infantil antes de la cita de participación/recertificación.

Si usted ya ha obtenido a un proveedor de cuidado infantil, debe llenar el formulario que corresponde al tipo de cuidado infantil seleccionado, como indicado más abajo. Si aún no tiene cuidado infantil, favor de repasar la adjunta Planificación y Hoja Informativa de Cuidado Infantil (**W-574EE [S]**) para información respecto a los diferentes tipos de proveedores de cuidado infantil y también para información de como hacer los arreglos.

Una vez que haya obtenido un proveedor:

- Junto con su proveedor, llene el formulario Suplemento de Inscripción del Proveedor de Cuidado Infantil, (**W-274W [S]**).
- A los proveedores informales (legalmente-exentos) no se les requiere tener licencia. Si usted tiene un proveedor de cuidado infantil legalmente-exento, uno de los siguientes formularios tiene que ser llenado y firmado con el proveedor además del **W-274W [S]**:
 - Formulario de Inscripción para Proveedor de Servicios de Cuidado Infantil en Familia y de Cuidado Infantil a Domicilio Legalmente-Exento (**OCFS-LDSS-4699-S**) (Cuidado infantil *familiar* legalmente-exento se refiere a cuidado fuera del hogar del/de la padre/madre/tutor, usualmente un vecino, amigo o pariente. El cuidado es de hasta dos niños por más de tres horas al día o más de dos niños si el cuidado es por menos de tres horas al día; cuidado infantil *en el hogar* legalmente-exento se refiere a cuidado en el hogar del/de la padre/madre/tutor, generalmente por un vecino, amigo o pariente.)
 - Formulario de Inscripción para Proveedor de Cuidado Infantil en Grupo Legalmente-Exento (**OCFS-LDSS-4700S**) (Cuidado infantil *en grupo* legalmente-exento se refiere a todo cuidado infantil *sin licencia*, excepto cuidado prestado por proveedores informales. Cuidado infantil en grupo legalmente-exento incluye, pero no se limita a, programas de cuidado infantil de los distritos escolares, escuelas privadas, organizaciones sin fines de lucro, campamentos de verano y guarderías infantiles.)

Para obtener el **LDSS-4699-S** o el **LDSS-4700S** usted puede:

- Pedírselo a su Trabajador en su Centro de Trabajo;
- Obtenerlo en un quiosco en cualquier Centro de Trabajo; o
- Imprimirlo del Internet en <http://www.ocfs.state.ny.us/main/Forms>. Usted puede obtener acceso gratuito al Internet en cualquier biblioteca pública.

Una vez que haya conseguido el formulario correcto:

- Llénelo junto con su proveedor de cuidado infantil, y asegúrese de que ambos hayan firmado cada sección; y luego
- Tráiga el/los formularios llenados con usted a su cita.

Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con su Trabajador.

SAMPLE



Child Care Provider Application and Voucher Form - Part I

Completed by FIA Worker	Provider or Program ACCIS Number
Eligibility Start Date for Child Care	ACCIS Case Number

I. Parent or Guardian:

If you have more than one provider, give a separate form to each one.

Complete this section. Ask your provider to complete section II, submit the documentation required as proof of ID in section III and sign section V. You must review and sign section IV. You and your provider must then complete the rest of this form together.

No payment can be made until this form is completed and reviewed by FIA.

Last Name: _____ First Name: _____

Address: _____ SSN: _____
(Number, Street, Apartment No.) (Optional)
 _____ Case Number: _____
(Borough, Zip Code)

Telephone Number: _____ CIN Number: _____

Legally-responsible relatives (parents, stepparents, and legal guardians) cannot be paid as child care providers for their own child(ren).

II. Child Care Provider:

You must complete this section. *

Provider/Agency Name: _____

Address: _____ Network Name (if affiliated): _____
(Number, Street, Apartment No.)
 _____ Telephone No.: _____
(Borough, Zip Code)

Social Security No.: _____ or Employer Identification No.: _____
 (Taxpayer identification is acceptable)

Date you began caring for the children listed below and on page 2: _____

Child's Name: _____							Date of Birth: _____		OFFICIAL USE ONLY	
Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Total hours per week	FIA rate		
From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____				
To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____			\$	
Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____			\$	
Child's Name: _____							Date of Birth: _____		OFFICIAL USE ONLY	
Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Total hours per week	FIA rate		
From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____				
To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____			\$	
Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____			\$	

* **Informal Providers:** If you are less than 18 years old, you must also complete the "Under 18" section on page 3. **Licensed or Registered Providers:** you must complete **Section B on page 2**. **All Providers:** You must indicate the rates you charge for each age level on page 2.

Child's Name: _____							Date of Birth: _____		OFFICIAL USE ONLY	
Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Total hours per week	FIA rate		
From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____				
To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____				
Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____			\$ _____	

Legally Exempt Group and Informal Providers: You must complete pages 3-6.

Licensed or Registered Providers: Please complete the following section. Check the appropriate box for the type of license or permit you have and **attach a copy of it.**

Family Day Care Capacity: _____ ACD Program Number: _____
 Group Family Care High Age: _____ Your License/Permit Number: _____
 Center Based Low Age: _____ Expiration Date: _____
 After School

III. Informal Provider ID Verification Source:

In order to verify your name and address, please provide a copy of **one** of the following documents. Check the document you are submitting.

- Utility, tax, telephone or rent bill NYCHA rent book Mortgage payment coupon or receipt Deed to your home Front of a canceled check if it shows your current address
 A letter from your landlord on his or her stationery stating your address. If you are not the primary tenant, a letter from the primary tenant is required, stating that you reside at the address you indicated. If you are providing child care to the primary tenant, you must submit a statement that child care is provided in the home of the parent or guardian.

For privacy reasons, you may cross out financial information. Documents cannot be more than 60 days old.

IV. Parent or Guardian:

I certify that the information provided is correct. I understand I must report any changes to FIA. I authorize FIA to inform my provider of my work attendance.

Signature: _____ **Date:** _____

V. Provider:

I am enrolling this child in a child care program. I understand that I will be paid only after the child's attendance data is received by FIA and for so long as the above parent or guardian is engaged in an FIA approved activity or employed. If the parent or guardian fails to meet these criteria, I will be sent a letter from FIA, informing me that FIA will no longer pay for child care.

I will allow the parent or guardian of the children named on this form unlimited access to his or her children and the premises and will make myself available whenever the children are in my care. I certify that the statements above are accurate and true to the best of my knowledge. I understand that providing false information may lead to the suspension or termination of payments and recovery of any payments to which I was not entitled.

I agree that the amount I am charging this parent is **not more than** the amount I charge for other children of the same age. **I understand that I cannot be paid if I do not list all my rates.**

My weekly child care rates are as follows:	INFANT	TODDLER	PRE-SCHOOL	SCHOOL-AGE
	Under 18 months	18 months - under 3 years	3 years - under 6 years	6 years- 12 years
Full Time (30 hours or more per week)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Part Time (15-29 hours per week)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Hourly (1-14 hours per week but less than 3 hours per day)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Signature: _____ **Date:** _____

FOR OFFICE USE ONLY FIA Workers: Indicate Provider ID Verification Source and sign below.		ACCIS DATA ENTRY DATE:
Document used to verify ID: _____		_____
FIA Worker's Signature _____		Date _____
Supervisor's Signature _____		Date _____

Application for Legally-Exempt Group and Informal Child Care Providers - Part II

I. PROVIDER'S STATUS

Informal Providers only: check all statements that apply.

- I provide care in the child's home.
- I provide care in my own home or in another person's home. Check the box that applies.
- I am the grandparent, great-grandparent, great-great grandparent, aunt, uncle, great aunt, great uncle, brother, sister or first cousin of a child in my care.
- I provide care for no more than two children (not counting my own or any children 13 years or older).
- I provide care for three or more children. However, I never have more than two children in care at the same time for more than three hours.
- I provide care that is different from the choices above. *Explain:* _____
- _____
- I am on public assistance. Case Number: _____

Under 18: check all statements that apply.

I am under 18 years of age. I understand that I can be paid only if one of the statements below is true.

- I am 14 or 15 years old, work no more than three hours a day (less than or equal to 18 hours a week while school is in session) and I do not provide care between the hours of 7 p.m. and 7 a.m.
- I am 16 or 17 years old. I have working papers and I do not provide care during the hours I am required to be in school. I work no more than four hours per day (less than or equal to 28 hours a week while school is in session) and I do not provide care between the hours of 10 p.m. and 6 a.m.

MINIMUM WAGE

I understand that if I provide care in a child's home, I am entitled to the minimum wage. I understand that the person who hired me is responsible for paying me the difference between the minimum wage and the FIA payment rate. I have written the amount I charge on the Child Care Provider and Voucher Form and understand that FIA will pay me that amount provided that it does not exceed New York State authorized child care rates.

MEALS AND SNACKS

Legally-Exempt Group and Informal Providers: check the arrangement that you have chosen.

Meals and snacks may be supplied by either the parent or the provider. Check the arrangement to which you have agreed. If you want information about how you can get money to help pay for meals and snacks, call the Child and Adult Care Food Program (CACFP) at (800) 942-3858.

- The provider will supply snacks and meals.
- The parent or guardian will supply snacks and meals.
- Other. *Explain:* _____
- _____

II. TYPE OF PROGRAM

Legally Exempt Group Providers only: check the statement that describes your program.

- This program is a nursery school, pre-kindergarten or day care program for children age three or older, **operated by a public school district** that is providing elementary or secondary education or both, in accordance with the compulsory education requirements of the Education Law. The program is located on the same premises or campus where the elementary or secondary education is provided.
- This program is a nursery school that is **voluntarily registered with the NYS Education Department** and operated in accordance with Part 125 of its regulations. **Attach a copy of your registration.**
- This program is a summer day camp **operated in accordance with Subpart 7-2 of the State Sanitary Code. Attach a copy of your Department of Health permit to operate a summer day camp.**
- This program is a day care center, family day care home or other child care program **located on federal or tribal property and operated in compliance with applicable federal or tribal laws and regulations.**
- This is a nursery school, pre-kindergarten or day care program for children age three or older (or a program for school-aged children conducted during non-school hours), **operated by a private school or academy** which is providing elementary or secondary education or both in accordance with the compulsory education requirements of the Education Law. The program is located on the same premises or campus where the elementary or secondary education is provided.

II. TYPE OF PROGRAM (continued)

6. This program is a nursery school or program for preschool children **operated by a nonprofit agency or organization or a private proprietary agency** which is not voluntarily registered with the NYS Education Department and which provides services to children for no more than three hours per day.
7. None of the above. In this case, you may need to be licensed or registered. Unless you can provide documentation that you are legally exempt from such requirements, FIA cannot pay you to provide child care. For information about licensing, contact the Bureau of Early Childhood Resources and Information at (212) 929-0815 or call the Department of Health Day Care Division at (212) 280-9251.

Name of Program: _____

Operated by: _____

Provider's Signature: _____

*** IF YOU CHECKED STATEMENTS 1, 2, 3 OR 4: DO NOT COMPLETE SECTION III, THE HEALTH & SAFETY CHECKLIST. GO DIRECTLY TO SECTION IV, THE CRIMINAL HISTORY CERTIFICATION, on page 5.**
*** IF YOU CHECKED STATEMENTS 5 OR 6: YOU MUST COMPLETE THE REST OF THIS FORM.**

III. HEALTH AND SAFETY CHECKLIST

The Provider and the parent or guardian must complete this form together. Check "Yes" or "No."

A. The Provider must meet the following safety requirements:

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The provider and all the children have two separate and remote ways to leave the building in an emergency. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rooms for children are well-heated, well-lighted and well-ventilated. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The home is free of unsafe areas (such as swimming pools, open drainage ditches, wells, holes, wood or coal burning stoves, fireplaces and gas space heaters) unless they are equipped with sturdy barriers to keep the children away. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | If child care is provided above the first floor, there are barriers or window guards so children cannot fall out. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The water supply is safe. There are working toilets. There is hot and cold running water at all times. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The provider and anyone else who will be helping to care for the children is physically able to provide child care and is free of any communicable disease. If care is provided in the provider's home, all persons living in the home, all volunteers who are likely to have regular contact with the children and all employees are also free of any communicable diseases. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The home or facility is free of any dangerous or unsafe conditions that could hurt a child. Specifically: <ul style="list-style-type: none">• Knives and other sharp objects are out of the reach of children.• Small rugs, runners and electrical cords are held in place so that a child will not trip.• Electrical cords do not run under furniture or rugs and are out of the reach of small children.• Extension cords are not overloaded.• Guns and other firearms are stored unloaded in a locked drawer or cabinet and the key is kept in a safe place.• Cords to window blinds and shades are out of the reach of children.• Hot liquids are out of the reach of children.• Small items that a child could choke on are out of the children's reach. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All matches, lighters, medicines, drugs, cleaning materials, detergents, aerosol spray cans and other poisonous materials are stored in their original containers safely away from the children. Care is taken so that they do not come in contact with children or food, nor otherwise endanger the children. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Each child will receive meals and snacks according to the agreement between the parent and the provider. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Milk, formula and any food that goes bad if left out will be kept refrigerated. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Formula, breast milk and other food items for infants will not be heated in a microwave oven. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The provider will always allow the custodial parent or guardian to have access to the child while in care, to the home where the child is in care and to any written records concerning the child. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The provider will hold evacuation drills at least once a month, with the children, so they will know what to do in an emergency. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The provider has a working telephone or can get to one very quickly in an emergency. Emergency telephone numbers for the fire department, local police or sheriff's department, poison control center and ambulance service are posted near the telephone and are easy to see. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Protective caps, covers or permanently installed safety devices are used on all electrical outlets within reach of the children if they are under five years of age. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paint and plaster are in good condition so that there is no danger of paint or plaster chips getting into food or of children putting the chips in their mouths. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | There is at least one operating smoke detector on each floor of the home. The provider will check regularly to make sure all detectors work. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The home has a portable First Aid Kit that is easy to get to in an emergency and is kept away from children in a clean container. It is stocked to treat common childhood injuries or problems. The provider will always replace articles in the First Aid Kit as soon as possible after something has been used or is too old to be used. |

III. HEALTH AND SAFETY CHECKLIST (continued)

Yes No

- The parent or guardian has given the provider signed proof from a doctor or other health care provider that the child has received all of the immunizations appropriate for the child's age or that one or more of the immunizations would harm the child's health. Alternatively, the child's parent has provided a statement saying that the child has not been immunized because of the parent's religious beliefs.
- Stairs, railings, porches and balconies are in good repair.

NOTE: FIA cannot approve child care if any statement has been checked "no."

B. THE PROVIDER AGREES TO THE FOLLOWING CONDITIONS:

Agree

- The provider **will never** use corporal punishment or let others use corporal punishment while children are in care. Corporal punishment means doing things directly to a child's body, such as spanking, biting, shaking, slapping, twisting or squeezing, making the child do physical exercise beyond what is normal, forcing the child to stay still for long periods of time, making the child stay in positions that hurt the child or are bizarre, bathing the child in unusually hot or cold water, forcing the child to eat or putting soap, foods, hot spices or foreign substances in the child's mouth.
- The provider **will never** use or be under the influence of alcohol or drugs while children are in care and will make sure that children do not have contact with people using drugs or alcohol while in care.
- The provider **will not** smoke or allow smoking in indoor areas, cars or other vehicles when in use by children.
- The provider (and anyone else that the parent or guardian has approved to help take care of the children) **will never** leave children alone or in the care of other people.

List all individuals, 18 or over, who are likely to have regular contact with the children in your care.

Employees or Volunteers Caring for Children	Members of Your Household	Age

By signing this Health & Safety Checklist, the parent or guardian and provider agree that they have inspected the home or facility and that all statements on the form are true.

Provider's Name (*print*): _____

Provider's Signature: _____ Date: _____

Parent or Guardian's Name (*print*): _____

Parent or Guardian's Signature: _____ Date: _____

IV. CRIMINAL HISTORY CERTIFICATION

The child care provider must complete this section.

I certify that I have asked each person who is age 18 or over and who is living in the home, an employee or a volunteer likely to have regular contact with the children, if he or she has been convicted of a crime.

I certify that all those who live, work or volunteer at this home or facility have provided true and accurate information in writing to the parents of the children concerning any criminal convictions, including the date, crime and any other relevant details.

I understand that I may not be eligible to provide child care if I, or anyone else listed on this page, have been convicted of any of the following crimes:

- homicide
- kidnapping
- incest
- promoting prostitution as a felony
- possession of a weapon as a felony
- any felony relating to the possession or sale of a controlled substance within the last five years.
- violent felonies
- sex offenses, including rape, sodomy, sexual misconduct and abuse
- any crime against children

I certify to the best of my knowledge and belief that I (choose one):

- have been convicted of a crime in New York State or anywhere else.** *Explain:* _____
- have not been convicted of a crime in New York State or anywhere else.**

IV. CRIMINAL HISTORY CERTIFICATION (continued)

I certify to the best of my knowledge and belief that anyone 18 or older who is helping me (whether as a volunteer or as an employee who is likely to have regular contact with the children in care):

- has been convicted of a crime in New York State or anywhere else. *Explain:* _____
- has not been convicted of a crime in New York State or anywhere else.

If care is provided in a home other than the child's home, I certify to the best of my knowledge and belief that the persons living in the home who are 18 years of age or older:

- have been convicted of a crime in New York State or anywhere else. *Explain:* _____
- have not been convicted of a crime in New York State or anywhere else.

I believe the conviction (or convictions) described above was (were) the result of extenuating circumstances.

Please check one: I am requesting a review of these circumstances and will provide all documents or references required. I am not requesting a review of these circumstances.

This review is justified because (*explain*): _____

Provider's Name (*print*): _____

Provider's Signature: _____ Date: _____

V. PARENT OR GUARDIAN AND PROVIDER CERTIFICATION

Both the parent (or guardian) and the provider (Exempt Group or Informal) must read this section, check their agreement, sign and date it.

A. PROVIDER CERTIFICATION:

- I will notify FIA immediately if the hours of care or the number of children in my care changes.
- I agree to collect the family share (fee) from the parent or guardian if instructed to do so by FIA. I will immediately notify FIA if the parent fails to pay the required family share.
- I agree to provide accurate attendance records as required by FIA.

B. PARENT OR GUARDIAN CERTIFICATION:

- I understand that FIA may not be able to pay the provider if the provider, or anyone else 18 years or over who lives, works or volunteers in the home (other than the child's own), and who is likely to have regular contact with my children, has been convicted of a crime.
- Even if FIA determines that payment can be made to the provider when there is a criminal conviction, I have the right and responsibility to decide whether I want to use this provider. I understand that I have the right to select another provider.
- I will notify FIA of any change in circumstances, such as the hours that I need care or anything else that affects eligibility for care. I agree to pay my share of the fee as directed by FIA.
- I certify that I have selected this provider to care for my children. I understand that it is my responsibility to monitor the quality of care furnished to my children.
- I am aware that if I employ an **in-home** provider, I am responsible for paying this individual the minimum wage and any other applicable benefits. When the total cost of child care (including benefits) exceeds the amount that is paid by FIA, I understand it is my responsibility to pay the difference.

C. PARENT OR GUARDIAN AND PROVIDER CERTIFICATION:

- We state that to the best of our knowledge and belief all statements made on this form and any attachments are accurate and true. We understand that providing false information may result in the termination of payments and legal action by FIA.
- This will confirm that the parent or guardian has specifically asked the provider, volunteers who are likely to have regular contact with children in care, employees and persons living in the home (other than the child's own) who are 18 or over, if they have been the subject of **child abuse or maltreatment indications**.
- The provider has given the parent or guardian true and accurate information **in writing** regarding any indications of child abuse or maltreatment. The parent or guardian has considered this information and is nevertheless choosing this provider. The parent or guardian understands, however, that he or she has **the right to select another provider**.
- The provider and the parent or guardian state that we have completed the Health & Safety Checklist together. We understand that payment cannot be made until items marked "no" have been corrected. We agree to notify and provide documentation to FIA when any "no" item on the Checklist has been corrected or changed.

The parent or guardian and Exempt Group or Informal Provider must read this section, sign below and date.

Provider's Name (*print*): _____

Provider's Signature: _____ Date: _____

Parent or Guardian's Name (*print*): _____

Parent or Guardian's Signature: _____ Date: _____



Solicitud y Formulario de Comprobante para Proveedor de Cuidado para Niños - Parte I

Completed by FIA Worker	Provider or Program ACCIS Number
Eligibility Start Date for Child Care	ACCIS Case Number

I. Padre/Madre o Guardián:

Si usted tiene más de un proveedor, entréguelos un formulario por separado a cada uno.

Complete esta sección. Pídale a su proveedor que complete la sección II, someta la información requerida como prueba de identificación en la sección III y firme la sección V. Usted tiene que revisar y firmar la sección IV. Usted y su proveedor tienen que completar el resto de este formulario juntos.

No se pueden hacer pagos hasta que este formulario sea completado y revisado por la FIA.

Apellido: _____ Nombre: _____
 Dirección: _____ (Número, Calle, Núm. de Apartamento) Núm. de Seguro Social: _____ (Opcional)
 _____ (Condado, Código Postal) Núm. del Caso: _____
 Núm. de Teléfono: _____ CIN Number: _____

Los parientes legalmente responsables (padres, padrastros, y guardianes legales) no pueden ser pagados como proveedores de cuidado infantil para su(s) propio(s) hijo(s).

II. Proveedor de Cuidado para Niños:

Usted tiene que completar esta sección.*

Nombre del(de la) Proveedor/Agencia: _____

Dirección: _____ (Número, Calle, Núm. de Apartamento) Nombre de la Red (si es afiliado): _____
 _____ (Condado, Código Postal) Núm. de Teléfono: _____

Número de Seguro Social _____ o del Empleador: _____
 (Número de Identificación del Contribuyente es aceptable) Núm. de Identificación

Fecha en la que usted comenzó a cuidar por los niños listados abajo y en la página 2: _____

Nombre del Niño: _____							Fecha de Nacimiento: _____		OFFICIAL USE ONLY	
lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo	Total hours per week	FIA rate		
De:	De:	De:	De:	De:	De:	De:				
A:	A:	A:	A:	A:	A:	A:				
Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:		\$		
Nombre del Niño: _____							Fecha de Nacimiento: _____		OFFICIAL USE ONLY	
lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo	Total hours per week	FIA rate		
De:	De:	De:	De:	De:	De:	De:				
A:	A:	A:	A:	A:	A:	A:				
Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:	Total de horas:		\$		

* **Proveedores Informales:** Si usted es menor de 18 años de edad, también tiene que completar la sección "Menor de 18" en la página 3.
Proveedores Autorizados o Registrados: usted tiene que completar la Sección B en la página 2. **Todos los Proveedores:** Usted tiene que indicar los precios que cobra para cada nivel de edad en la página 2.

Nombre del Niño: _____						Fecha de Nacimiento: _____		OFFICIAL USE ONLY	
lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo	Total hours per week	FIA rate	
De: _____	De: _____	De: _____	De: _____	De: _____	De: _____	De: _____			
A: _____	A: _____	A: _____	A: _____	A: _____	A: _____	A: _____			
Total de horas: _____	Total de horas: _____	Total de horas: _____	Total de horas: _____	Total de horas: _____	Total de horas: _____	Total de horas: _____			\$ _____

Proveedores de Grupos Legalmente Exentos e Informales: Usted tiene que completar las páginas 3-6.

Proveedores Autorizados o Registrados: Favor de completar la sección siguiente. Marque la casilla apropiada de acuerdo al tipo de autorización o permiso que usted tiene y adjunte una copia de la misma.

Cuidado Diurno Familiar
 Cuidado Familiar en Grupo Capacidad: _____ Núm. de Programa ACD: _____
 En Centro Edad Alta: _____ Su Número de Autorización/Permiso: _____
 Después de la Escuela Edad Baja: _____ Fecha de Expiración: _____

III. Fuente de Identificación de Identidad del Proveedor Informal:

Para poder verificar su nombre y dirección, favor de proveer una copia de uno de los documentos siguientes. Marque el documento que está sometiendo.

- Factura de servicio público, impuesto, teléfono o alquiler
 Libro de alquiler de NYCHA
 Comprobante o recibo de pagos de hipoteca
 Título de su propiedad
 El frente de un cheque cancelado si muestra su dirección actual
 Una carta de su casero en su papel personalizado indicando su dirección. Si usted no es el inquilino principal, se requiere una carta del inquilino principal, indicando que usted reside en la dirección que usted indicó. Si usted está proveyendo cuidado para niños al inquilino principal, tiene que someter una declaración de que el cuidado para niño se provee en la casa del(de la) padre/madre o guardián.

Por razones de confidencialidad, usted puede tachar información financiera. Los documentos no pueden ser de más de 60 días.

IV. Padre/Madre o Guardián:

Yo certifico que la información proveída es correcta. Yo entiendo que tengo que reportar cualquier cambio a la FIA.
Yo autorizo a la FIA a informar a mi proveedor de mi asistencia al trabajo.

Firma: _____ Fecha: _____

V. Proveedor:

Yo estoy inscribiendo a este niño en un programa de cuidado para niños. Yo entiendo que será pagado solo después de que la FIA reciba los datos de asistencia del niño y siempre y cuando el(la) padre/madre o guardián de arriba esté envuelto en una actividad aprobada por la FIA o empleo. Si el(la) padre(madre) o guardián no reúne estos criterios, se me enviará una carta de la FIA, informándome que la FIA ya no pagará por cuidado para niños.

Yo le permitiré al(a) padre/madre o guardián de los niños nombrados en este formulario, acceso ilimitado a sus niños y al local y me haré disponible siempre que los niños estén en mi cuidado. Yo certifico que las declaraciones de arriba son ciertas a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que proveer información falsa puede conducir a la suspensión o terminación de pagos y recuperación de cualesquiera pagos a los que no tenía derecho.

Yo estoy de acuerdo que la cantidad que estoy cobrando a este(a) padre(madre) **no es más** que la cantidad que cobro por otros niños de la misma edad. **Yo entiendo que no se me puede pagar si no listo todos mis precios.**

Mis precios semanales por cuidado para niños son los siguientes:	INFANTE Bajo 18 meses	NIÑO PEQUEÑO 18 meses - bajo 3 años	PRE-ESCOLAR 3 años - bajo 6 años	EDAD ESCOLAR 6 años - 12 años
Tiempo Completo (30 o más horas por semana)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Tiempo Parcial (15-29 horas por semana)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Por Hora (1-14 horas por semana, pero menos de 3 horas por día)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Firma: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY FIA Workers: Indicate Provider ID Verification Source and sign below.		ACCIS DATA ENTRY DATE:
Document used to verify ID: _____	_____	_____
FIA Worker's Signature _____	_____	Date _____
Supervisor's Signature _____	_____	Date _____

Solicitud para Proveedores de Cuidado para Niños de Grupos Legalmente-Exentos e Informales - Parte II

I. ESTADO DEL PROVEEDOR

Proveedores Informales solamente: marque todas las declaraciones que aplican.

- Yo proveo cuidado en el hogar del niño.
- Yo proveo cuidado en mi propio hogar o en el hogar de otra persona. Marque la casilla que aplica.
- Yo soy el abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), tía, tío, tía abuela, tío abuelo, hermano, hermana o primo-hermano de un niño en mi cuidado.
- Yo proveo cuidado a no más de dos niños (sin contar el mío o cualquier niño de 13 años o más).
- Yo proveo cuidado a tres o más niños. Sin embargo, yo nunca tengo más de dos niños en cuidado al mismo tiempo por más de tres horas.
- Yo proveo cuidado que es distinto al de las opciones de arriba. *Explique:* _____

- Yo estoy en asistencia pública. Número del Caso: _____

Menor de 18: marque todas las declaraciones que aplican.

Yo soy menor de 18 años de edad. Yo entiendo que se me puede pagar solo si una de las declaraciones de abajo es cierta.

- Yo tengo 14 o 15 años de edad, trabajo no más de tres horas al día (menos de o igual a 18 horas a la semana mientras la escuela está en sesión) y no proveo cuidado entre las horas de 7 p.m. y 7 a.m.
- Yo tengo 16 o 17 años de edad. Yo tengo permiso de trabajo y no proveo cuidado durante las horas que soy requerido a estar en la escuela. Yo trabajo no más de cuatro horas por día (menos de o igual a 28 horas a la semana mientras la escuela está en sesión) y no proveo cuidado entre las horas de 10 p.m. y 6 a.m.

SALARIO MÍNIMO

Yo entiendo que si proveo cuidado en el hogar de un niño, tengo derecho al salario mínimo. Yo entiendo que la persona que me contrató es responsable por pagarme la diferencia entre el salario mínimo y el porcentaje de pago de la FIA. Yo he escrito la cantidad que cobro en el Formulario y Comprobante para Proveedores de Cuidado para Niños y entiendo que la FIA me pagará esa cantidad siempre que no exceda los porcentajes de cuidado para niños autorizados por el Estado de Nueva York.

COMIDAS Y MERIENDAS

Proveedores de Grupos Legalmente-Exentos e Informales: marque el arreglo que usted ha elegido.

Las comidas y meriendas pueden ser proporcionadas ya sea por el/la padre/madre o el proveedor. Marque el arreglo al cual ha accedido. Si usted desea información acerca de cómo puede obtener dinero para ayudar a pagar por comidas y meriendas, llame al Programa de Comidas para el Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program /CACFP) al 1 (800) 942-3858.

- El proveedor proporcionará comidas y meriendas.
- El/La padre/madre o guardián proporcionará comidas y meriendas.
- Otro. *Explique:* _____

II. TIPO DE PROGRAMA

Proveedores de Grupos Legalmente Exentos solamente: maque la declaración que describe su programa.

- Este programa es una escuela guardería, pre-kindergarten o guardería para niños de tres años o más, **operado por un distrito de escuela pública** que está proveyendo educación elemental o secundaria o ambas, de acuerdo a los requisitos educativos compulsivos de la Ley de Educación. El programa está localizado en el mismo establecimiento o recinto donde se provee la educación elemental o secundaria.
- Este programa es una escuela guardería que está **registrada voluntariamente con el Departamento de Educación del Estado de NY** y opera de acuerdo a la Parte 125 de sus reglamentos. **Adjunte una copia de su inscripción.**
- Este programa es un campamento diurno de verano **operado de acuerdo con la Sub-parte 7-2 del Código Sanitario Estatal.** **Adjunte una copia de su permiso del Departamento de Salud para operar un campamento diurno de verano.**
- Este programa es un centro de cuidado diurno, hogar de cuidado diurno familiar u otro programa de cuidado para niños **localizado en propiedad federal o de una tribu y operado de acuerdo a las leyes y reglamentos federales o de la tribu que le aplican.**
- Esta es una escuela guardería, pre-kindergarten o programa de cuidado diurno para niños de tres años o mayores (o un programa para niños de edad escolar conducido durante horas no escolares), **operado por una escuela o academia privada** la cual está proveyendo educación elemental o secundaria o ambas, de acuerdo a los requisitos compulsivos de educación o de la Ley de Educación. El programa está localizado en el mismo establecimiento o recinto donde se provee la educación elemental o secundaria.

II. TIPO DE PROGRAMA (continuación)

6. Este programa es una escuela guardería o programa para niños en preescolar, **operada por una agencia u organización sin fines de lucro o una agencia propietaria privada** la cual no está registrada voluntariamente con el Departamento de Educación del Estado de NY y la cual provee servicios a niños por no más de tres horas por día.
7. Ninguno de los de arriba. Es éste caso, usted puede que necesite ser autorizado o registrado. A menos que usted pueda proveer documentación de que está exento de tales requisitos, la FIA no puede pagarle para proveer cuidado para niños. Para información sobre autorización, comuníquese con la Agencia de Información y Recursos de la Niñez Temprana (Bureau of Early Childhood Resources and Information) al (212) 929-0815 o llame a la División de Cuidado Diurno del Departamento de Salud al (212) 280-9251.

Nombre del Programa: _____

Operado por: _____

Firma del Proveedor: _____

- SI USTED MARCÓ LAS DECLARACIONES 1, 2, 3 O 4: NO COMPLETE LA SECCIÓN III, LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD. VAYA DIRECTAMENTE A LA SECCIÓN IV, LA CERTIFICACIÓN DE HISTORIAL DELICTIVO, en la página 5.
- SI USTED MARCÓ LAS DECLARACIONES 5 O 6: USTED TIENE QUE COMPLETAR EL RESTO DE ESTE FORMULARIO.

III. LISTA DE VERIFICACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD

El proveedor y e/la padre/madre o guardián tienen que completar este formulario juntos. Marque "Sí" o "No."

A. EL PROVEEDOR TIENE QUE REUNIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE SEGURIDAD:

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor y los niños tienen dos vías remotas y separadas para salir del edificio en una emergencia. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las habitaciones de los niños tienen buena calefacción, buena iluminación y buena ventilación. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La casa está libre de áreas inseguras (tales como piscinas, alcantarillados abiertos, pozos, hoyos, madera o estufas de carbón, chimeneas y calentadores de gas) al menos que ellas estén equipadas con barreras fuertes para mantener a los niños alejados. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si el cuidado para niños se provee sobre el primer piso, hay barreras o protectores de ventanas de manera que los niños no puedan caerse. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El suministro de agua es seguro. Los inodoros funcionan. Hay agua caliente y fría todo el tiempo. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor y cualquier persona que estará ayudando a cuidar por los niños es físicamente capaz de proveer cuidado para niños y está libre de cualquier enfermedad transmisible. Si el cuidado se provee en el hogar del proveedor, todas las personas que viven en la casa, todos los voluntarios que probablemente tengan contacto regular con los niños y todos los empleados tampoco tienen enfermedades transmisibles. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La casa o establecimiento no tiene condiciones de peligro o inseguridad que puedan causar daño a un niño.
Específicamente: <ul style="list-style-type: none">• Cuchillos y otros objetos cortantes están fuera del alcance de los niños.• Alfombras pequeñas, pasacaminos y cordones eléctricos están colocados en lugar de manera que un niño no tropiece.• Cordones Eléctricos no se extienden bajo los muebles o alfombras y están fuera del alcance de los niños.• Cordones de extensión no están sobrecargados.• Pistolas y otras armas de fuego están guardadas en una gaveta o gabinete cerrado y la llave se mantiene en un sitio seguro.• Cordones para persianas y toldos están fuera del alcance de los niños.• Líquidos calientes están fuera del alcance de los niños.• Artículos pequeños, con el cual un niño puede sofocarse, están fuera del alcance de los niños |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Todos los fósforos, encendedores, medicinas, drogas, materiales de limpieza, detergentes, latas de aerosoles y otros materiales venenosos están seguramente guardados en sus recipientes originales, fuera del alcance de los niños. Se toma el cuidado de manera que ellos no entran en contacto con los niños o comidas, ni pone en peligro a los niños. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cada niño recibirá comidas y meriendas de acuerdo al convenio entre el padre y el proveedor. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leche, formula y cualquier comida que se daña se mantendrá refrigerada. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Formula, leche de pecho y otros artículos de comida para bebés no será calentada en un horno de microondas. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor siempre permitirá a/la padre/madre con custodia o guardián a tener acceso al niño mientras esté en cuidado, a la casa donde el niño está siendo cuidado y a cualquier registro escrito concerniente al niño. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor llevará a cabo ejercicios de evacuación por lo menos una vez al mes, con los niños, de manera que ellos sepan qué hacer en una emergencia. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El proveedor tiene un teléfono que trabaja o puede llegar a uno rápidamente en una emergencia. Números de teléfonos de emergencia para el departamento de bomberos, departamento de policía local o alguacil, centro de control de envenenamiento y servicio de ambulancia están fijados cerca del teléfono y son fáciles de ver. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tapas protectoras, cubiertas o efectos de seguridad instalados permanentemente son utilizados en todos los enchufes eléctricos al alcance de los niños si ellos son menores de cinco años de edad. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pintura y yeso están en buena condición para que no haya peligro de que cascajos de pintura o yeso caigan en la comida o que los niños se metan los cascajos en la boca. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hay por lo menos un detector de humo en funcionamiento en cada piso del hogar. El proveedor verificará regularmente para asegurar que funcionen todos los detectores. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El hogar tiene un Botiquín de Primeros Auxilios portátil de fácil acceso en caso de una emergencia y que se mantiene fuera del alcance de los niños en un recipiente limpio. Está abastecido para tratar lesiones o problemas comunes de la niñez. El proveedor siempre reemplazará los artículos del Botiquín de Primeros Auxilios tan pronto sea posible después |

III. LISTA DE VERIFICACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD (continuación)

Sí No
 de que algo sea utilizado o esté muy viejo para ser utilizado.

- El padre/madre o guardián ha proporcionado al proveedor prueba firmada por un médico u otro proveedor de cuidado de salud de que el niño ha recibido todas de las vacunas apropiadas para la edad del niño o que una o más de las vacunas le hará daño a la salud del niño. Por otra parte, el padre/madre del niño ha proveído una declaración indicando que el niño no ha sido vacunado debido a creencias religiosas del padre/madre.
- Escaleras, barandas, terrazas y balcones están en buen estado.

NOTA: La FIA no puede aprobar cuidado para niños si cualquier declaración ha sido marcada "no."

B. EL PROVEEDOR ACUERDA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

Acuerdo

- El proveedor **nunca** hará uso de castigo corporal o permitirá que otros utilicen castigo corporal mientras los niños estén en su cuidado. Castigo corporal significa hacerle cosas directamente al cuerpo del niño, tales como azotar, morder, sacudir, abofetear, retorcer o apretar, obligar al niño hacer ejercicio físico más allá de lo normal, forzar al niño que permanezca quieto por periodos de tiempo prolongados, hacer que el niño permanezca en posiciones que le hagan daño al niño o que sean extrañas, bañar al niño en agua extraordinariamente caliente o fría, forzar al niño a comer o a meterse jabón, comidas, especias picantes o substancias extrañas en la boca del niño.
- El proveedor **nunca** usará o estará bajo la influencia de alcohol o drogas mientras los niños estén en su cuidado y asegurará que los niños no tengan contacto con personas que usen drogas o alcohol mientras estén en su cuidado.
- El proveedor **no** fumará o permitirá fumar en áreas de adentro, en automóviles o en otros vehículos cuando estén siendo utilizados por los niños.
- El proveedor (y cualquier otra persona a la que el padre/madre o guardián ha aprobado para ayudar a cuidar los niños) **nunca** dejará a los niños solos o en el cuidado de otras personas.

Lista de todas las personas, de 18 años de edad o más, quienes probablemente tengan contacto regular con los niños en su cuidado.

Empleados o Voluntarios Cuidando a los Niños	Miembros de Su Hogar	Edad

Al firmar esta Lista de Verificación de Salud & Seguridad, el padre o guardian y proveedor acuerdan que ellos han inspeccionado el hogar o facilidad y que todas las declaraciones en este formulario son ciertas.

Nombre del Proveedor (*escriba en letras de molde*): _____

Firma del Preveedor: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián (*escriba en letras de molde*): _____

Firma del Padre/Madre o Guardián: _____ Fecha: _____

IV. CERTIFICACIÓN DEL HISTORIAL DELICTIVO

El proveedor de cuidado para niños tiene que completar esta sección.

Yo certifico que le he pedido a cada persona de la edad de 18 años o más y quien reside en el hogar, un empleado, o un voluntario quien probablemente tenga contacto regular con los niños, si el o ella ha sido condenado de un delito.

Yo certifico que todos los que residen, trabajan o son voluntarios en este hogar o facilidad han proveído información cierta y exacta por escrito a los padres de los niños acerca de cualquier condena delictiva incluyendo la fecha, delito y cualquier otro detalle relevante.

Yo entiendo que no soy elegible para proveer cuidado para niños si yo, o cualquier otra persona listado en esta pagina, ha sido condenado de cualquiera de los siguientes delitos:

- homicidio
- secuestro
- incesto
- promoviendo prostitución como un delito mayor
- posesión criminal de una arma como un delito mayor
- cualquier delito mayor relacionado a la posesión o venta de una substancia controlada dentro de los últimos cinco años
- felonías violentas
- delitos sexuales, incluyendo violación, sodomía, mala conducta sexual y abuso
- cualquier delito en contra de niños

Yo certifico a mi mejor saber y entender que yo (escoja uno):

- he sido condenado de un delito en el Estado de Nueva York o en cualquier otra parte. *Explique:* _____
- no he sido condenado de un delito en el Estado de Nueva York o en ninguna otra parte.

IV. CERTIFICACIÓN DEL HISTORIAL DELICTIVO (continuación)

Yo certifico a mi mejor saber y entender que cualquier persona de 18 años de edad o más quien me esta ayudando (como voluntario o como un empleado quien probablemente tenga contacto regular con los niños en cuidado):

- ha sido condenado de un delito en el Estado de Nueva York o en cualquier otra parte. *Explique:* _____
- no ha sido condenado de un delito en el Estado de Nueva York o en ninguna otra parte.

Si se provee cuidado en un hogar que no sea el hogar del niño, Yo certifico a mi mejor saber y entender que **las personas que residen en el hogar quienes son de 18 años de edad o más:**

- han sido condenados de un delito en el Estado de Nueva York o en cualquier otra parte. *Explique:* _____
- no han sido condenados de un delito en el Estado de Nueva York o en ninguna otra parte.

Yo pienso que la condena (o condenas) descritas más arriba fue (fueron) el resultado de circunstancias atenuantes.

Favor de marcar una: Estoy solicitando una revisión de estas circunstancias y proveeré toda documentación o referencias requeridas. No estoy solicitando una revisión de estas circunstancias.

Esta revisión es justificada por que (*explique*): _____

Nombre del Proveedor (escriba en letras de molde): _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

V. CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN Y EL PROVEEDOR

Ambos el padre/madre (o guardián) y el proveedor (Grupo Exento o Informal) tienen que leer esta sección, revisar su acuerdo, firmar y fecharlo.

A. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR:

- Yo notificaré inmediatamente a la FIA si las horas de cuidado o el número de niños bajo mi cuidado cambian.
- Yo acuerdo a colectar la porción de la familia (cuota) del padre/madre o guardián si así lo ordena la FIA. Yo notificaré inmediatamente a la FIA si el padre/madre deja de pagar la porción requerida de la familia.
- Yo acuerdo en proveer registros de asistencia exactos como es requerido por la FIA.

B. CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN:

- Yo entiendo que la FIA tal vez no pueda pagar al proveedor si el proveedor, o cualquier otra persona de 18 años o más quien reside, trabaja o es voluntario en el hogar (aparte del hogar del niño), y quien probablemente tiene contacto regular con mis hijos, ha sido condenado de un delito.
- Aún si la FIA determina que el pago puede ser hecho al proveedor cuando existe una condena delictiva, yo tengo el derecho y responsabilidad de decidir si deseo utilizar este proveedor. Yo entiendo que tengo el derecho de elegir otro proveedor.
- Yo notificaré a la FIA de cualquier cambio de circunstancias, tales como las horas de cuidado que necesite o cualquier otra cosa que afecte mi elegibilidad para cuidado. Yo acuerdo pagar mi porción de la cuota como lo ordena la FIA.
- Yo certifico que he escogido este proveedor para que cuide mis hijos. Entiendo que es mi responsabilidad controlar la calidad de cuidado suministrado a mis hijos.
- Estoy consciente que si empleo a un proveedor **en el hogar**, yo soy responsable de pagarle el salario mínimo y otros beneficios que aplican a esta persona. Cuando el costo total de cuidado para niños (incluyendo beneficios) excede la cantidad que es pagada por la FIA, entiendo que es mi responsabilidad el pagar la diferencia.

C. CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN Y PROVEEDOR:

- Nosotros declaramos a nuestro mejor saber y entender que todas las declaraciones hechas en este formulario y en cualquier adjuntos son exactas y verdaderas. Nosotros entendemos que el proveer información falsa puede resultar en la terminación de pagos y en acción legal por la FIA.
- Esto confirmará que el padre/madre o guardián específicamente ha pedido al proveedor, voluntarios quienes probablemente tendrán contacto regular con los niños en su cuidado, empleados y personas que residen en la casa (aparte de la casa del niño) quienes son de 18 años de edad o más, si han sido sujetos a indicaciones de **abuso de niños o indicaciones de mal tratamiento**.
- El proveedor ha proporcionado al padre/madre o guardián información verdadera y exacta **por escrito** con respecto a cualquier indicación de abuso de niños o maltrato. El padre/madre o guardián ha considerado ésta información y sin embargo escoge este proveedor. El padre/madre o guardián entiende, sin embargo, que el o ella tiene **el derecho de elegir otro proveedor**.
- El proveedor y el padre/madre o guardián declaran que hemos completado juntos la Lista de Verificación de Salud & Seguridad. Nosotros entendemos que no se puede hacer pagos hasta que todos los artículos marcados "no" hayan sido corregidos. Nosotros acordamos notificar y proveer documentación a la FIA cuando cualquier artículo "no" en la Lista de Verificación haya sido corregido o cambiado.

El padre/madre o guardián y Grupo Exento o Proveedor Informal tiene que leer ésta sección, firmar debajo y fechar.

Nombre del Proveedor (*escriba el letras de molde*): _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián (*escriba en letras de molde*): _____

Firma del Padre/Madre o Guardián: _____ Fecha: _____

How To Fill Out The Child Care Provider Application And Voucher Form (W-273B) - Part I

<p>SECTION I. TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Print your last name, then your first name. • Print your complete address, including your apartment number, borough and zip code. • Fill in your CIN number. • Fill in your complete case number. • Fill in your telephone number, including area code. • Fill in your Social Security Number (optional). <p>Disclosure of your Social Security number is voluntary. We are required to ask you for your Social Security number by 45 CFR § 98.71 (a) (13). Your Social Security number will be used to provide a report to the U.S. Department of Health and Human Services.</p>	Page 1
<p>SECTION II. TO BE COMPLETED BY THE CHILD CARE PROVIDER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Print your business name; if you are with a day care center or agency, write the name of the facility or group. • Fill in the complete address of the place (apartment or center) where you care for the child. • Fill in your Social Security Number if that is what you, as a taxpayer use. If you do not use your Social Security Number for business, fill in the Tax Identification Number (TIN) or Employer's Identification Number (EIN) of your day care center or agency. • Fill in the telephone number where you can be reached during the hours of care. • Date you began caring for the child or children listed on this form. • Full name of each child. • Each child's date of birth. • Next to "From" and "To" indicate the hours you have the child in your care. "From" is the starting time and "To" is the ending time. [Example: If the child is dropped off at 8:30am and picked up at 2:30pm, the hours are 8:30 to 2:30 or 6 hours.] <p><i>Legally responsible relatives (parents, stepparents, and legal guardians) cannot be paid as child care providers for their own child(ren).</i></p>	Page 1
<p>[A] Legally Exempt Group and Informal Providers: you must complete the entire form.</p> <p>[B] Licensed or Registered Providers: you must complete Part I.</p>	
<p>SECTION III. Informal Provider ID Verification Source: Check the document you are submitting as proof of your identification and address. Be sure to submit a copy, not an original.</p>	Page 2
<p>SECTION IV. Parent or Guardian must read, sign and date this section.</p>	Page 2
<p>SECTION V. Provider must read, sign and date this section.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enter your Weekly Child Care Rates. You must fill in the amounts you charge for Full-time, Part-time and Hourly care for different age groups. (Failure to provide this information may result in delay of payments.) 	Page 2

How To Fill Out The Child Care Provider Application And Voucher Form (W-273B) - Part II

<p>SECTION I. APPLICATION - TO BE COMPLETED BY INFORMAL/LEGALLY EXEMPT PROVIDERS</p>	<p>Page 3</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Check off where you provide child care and whether you are related to the children. • If you are on public assistance, fill in your case number. • If you are under 18, check your age. • If you provide care in the child's home, your employer must pay you the minimum wage. • Who will supply meals and snacks? Is it you or the parent? (Check off whose responsibility this is.) 	
<p>SECTION II. TO BE COMPLETED BY LEGALLY EXEMPT GROUP PROVIDERS ONLY</p>	<p>Page 3-4</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Type of Program: Check off the kind of program and who operates it (for example, a public school or a nonprofit agency). Attach a copy of the permit or registration certificate, if there is one. • If your facility is already in compliance with government regulations (types 1-4), skip to Section IV on page 5 of this form. 	
<p>SECTION III. HEALTH AND SAFETY CHECKLIST. TO BE COMPLETED BY BOTH THE INFORMAL LEGALLY EXEMPT PROVIDER AND THE PARENT OR GUARDIAN</p>	<p>Pages 4-5</p>
<ul style="list-style-type: none"> • The parent or guardian must accompany the provider on a tour of the place where care will be given. Together, they must check off each item. Any item marked "no" is unacceptable. If the provider does not correct the situation, payment will be denied. If you need help complying with the checklist, contact CCR&R at (212) 929-7604, x3022. • The provider must agree to certain conditions. If the provider cannot agree, payment will be denied. • Some group providers must complete this section. Check page 3-4 to see if your center is included. 	
<p>SECTION IV. CRIMINAL HISTORY CERTIFICATION. TO BE COMPLETED BY THE PROVIDER</p>	<p>Page 5-6</p>
<ul style="list-style-type: none"> • The provider must reveal any criminal convictions on the part of anyone 18 or older who lives, works or volunteers at the home or facility where child care is given. • If the crime is one of those listed on page 5, FIA will not pay for child care unless the provider can demonstrate extenuating circumstances and the parent still wishes to use them. Otherwise, the parent must choose another provider or forego the child care payment. 	
<p>SECTION V. PARENT OR GUARDIAN AND PROVIDER CERTIFICATION. TO BE COMPLETED BY BOTH THE PARENT OR GUARDIAN AND THE PROVIDER</p>	<p>Page 6</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Provider Certification. You must notify FIA of any change in hours, number of children or fees due, and submit attendance records, using forms mailed to you by FIA. • Parent or Guardian Certification. You must accept full responsibility for choosing this provider and for monitoring the quality of care. • Parent or Guardian and Provider Certification. Both the parent and the provider must agree to every statement in this section. Failure to agree will result in denial of payment. • Both parties must sign and date this section. 	

Como Llenar el Formulario y Comprobante del Proveedor de Cuidado para Niños (W-273B(S)) - Parte I

<p>SECCIÓN I. PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE O GUARDIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> Escriba su apellido, luego su nombre en letras de molde. Escriba su dirección completa, incluyendo su número de apartamento, condado y zona postal en letras de molde. Llene su número CIN. Llene el número completo de su caso. Llene su número de teléfono, incluyendo el código de área. Llene su Número de Seguro Social. (opcional) <p>La revelación de su número de Seguro Social es voluntaria. Somos requeridos de solicitarle su número de Seguro Social por 45 CFR § 98.71 (a) (13). Su número de Seguro Social será usado para proveer un informe al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.</p>	Página 1	
<p>SECCIÓN II. PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO PARA NIÑOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Escriba el nombre de su negocio en letras de molde; si usted está con una guardería o agencia, escriba el nombre de la institución o grupo. Llene la dirección completa del lugar (apartamento o centro) donde cuida al niño(a). Llene su Número de Seguro Social si es eso lo que usa como contribuyente. Si usted no usa su número de Seguro Social para negocio, llene el Número de Identificación de Contribuyente (TIN) o Número de Identificación del Empleador (EIN) de su guardería o agencia. Llene el número de teléfono donde le podemos localizar durante las horas de cuidado. Fecha en que comenzó a cuidar al niño o niños listados en este formulario. Nombre completo de cada niño(a). Fecha de nacimiento de cada niño(a). Junto a "De" y "A" indique las horas que tiene el niño(a) en su cuidado. "De" es hora de comienzo y "A" es la hora en que termina. [Ejemplo: Si dejan al niño a las 8:30am y lo recogen a las 2:30pm, las horas son 8:30 a 2:30 o 6 horas.] <p><i>Los parientes legalmente responsables (padres, padrastros, y guardianes legales) no pueden ser pagados como proveedores de cuidado para niños para su(s) propio(s) niño(s).</i></p>	Página 1	
<p>[A] Grupo Legalmente Exento y Proveedores Informales: usted tiene que completar el formulario entero.</p> <p>[B] Proveedores Autorizados o Registrados: usted tiene que completar la Parte I.</p>		
<p>SECCIÓN III. Fuente de Verificación de Identificación del Proveedor Informal:</p>	<p>Revise el documento que está presentando como prueba de su identificación y dirección. Asegúrese de presentar una copia, no el original.</p>	Página 2
<p>SECCIÓN IV. Padre/Madre o Guardián tiene que leer, firmar y fechar esta sección.</p>	Página 2	
<p>SECCIÓN V. Proveedor tiene que leer, firmar y fechar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Anote sus Precios Semanales de Cuidado para Niños. Usted tiene que llenar las cantidades que cobra por cuidar a Tiempo Completo, Tiempo Parcial, y Por Hora a grupos de diferentes edades. (El no proveer esta información puede resultar en el retraso de sus pagos.) 	Página 2	

Como Llenar el Formulario y Comprobante del Proveedor de Cuidado para Niños (W-273B(S)) - Parte II

<p>SECCIÓN I. SOLICITUD - PARA SER LLENADA POR PROVEEDORES INFORMALES/LEGALMENTE EXENTOS</p>	<p>Página 3</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Marque en donde provee cuidado para niños y si tiene parentesco con los niños. • Si usted recibe asistencia pública, llene su número de caso. • Si usted es menor de 18, marque su edad. • Si usted provee cuidado en el hogar del niño(a), su empleador tiene que pagarle el salario mínimo. • ¿Quién provee comidas y meriendas? ¿Usted o el padre/madre? (Marque de quién es esta responsabilidad.) 	
<p>SECCIÓN II. PARA SER COMPLETADO SOLAMENTE POR GRUPO DE PROVEEDORES LEGALMENTE EXENTOS</p>	<p>Página 3-4</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Programa: Marque el tipo de programa y quién lo opera (por ejemplo, una escuela pública o una agencia no lucrativa). Adjunte una copia del permiso o certificado de inscripción, si existe uno. • Si su instalación ya cumple con las reglamentaciones gubernamentales (tipos 1-4), pase a la Sección IV en la página 5 de este formulario. 	
<p>SECCIÓN III. LISTA DE VERIFICACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD. PARA SER COMPLETADOS POR AMBOS, EL PROVEEDOR INFORMAL LEGALMENTE EXENTO Y EL PADRE/MADRE O GUARDIAN</p>	<p>Página 4--5</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El padre/madre o guardián tiene que acompañar al proveedor en una visita del lugar donde se va a proporcionar el cuidado. Tienen que marcar cada artículo juntos. Cualquier artículo que sea marcado "no" es inaceptable. Si el proveedor no corrige la situación, el pago será denegado. Si necesita ayuda cumpliendo con la lista de verificación, comuníquese con CCR&R, al (212) 929-7604, ext. 3022 • El proveedor tiene que acceder a ciertas condiciones. Si el proveedor no puede acceder, el pago será denegado. • Algunos grupos de proveedores tienen que completar esta sección. Revise la página 3- 4 para ver si su centro está incluido. 	
<p>SECCIÓN IV. CERTIFICACIÓN DE HISTORIAL DELICTIVO. PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR</p>	<p>Página 5-6</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor tiene que revelar cualquier condena criminal en lo que se refiere a cualquier persona de 18 años de edad o más quien reside, trabaja, o es voluntario en el hogar o instalación donde se provee cuidado para niños. • Si el delito es uno de los listados en la página 5, la Administración de Independencia Familiar (FIA) no pagará por el cuidado para niños, al menos que el proveedor pueda demostrar circunstancias atenuantes y aun el padre desea utilizarlo. De otra modo, el padre/madre tiene que elegir otro proveedor o renunciar al pago de cuidado para niños. 	
<p>SECCIÓN V. CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN Y DEL PROVEEDOR. PARA SER COMPLETADO POR AMBOS, EL PADRE/MADRE O GUARDIAN Y EL PROVEEDOR</p>	<p>Página 6</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Certificación del Proveedor. Usted tiene que notificarle a la FIA de cualquier cambio en las horas, número de niños o cuotas atrasadas, y presentar registros de asistencia, utilizando los formularios enviados por correo a usted por la FIA. • Certificación del Padre/Madre o Guardián. Usted tiene que aceptar responsabilidad total por elegir este proveedor y por controlar la calidad del cuidado. • Certificación del Padre/Madre o Guardián y del Proveedor. Ambos el padre/madre y el proveedor tienen que acceder a toda declaración en esta sección. El no acceder resultará en la negación del pago. • Ambas partes tienen que firmar y fechar esta sección. 	

IS THIS CHILD CARE PROVIDER FORM COMPLETE?

Make sure that the client and the provider have filled out the following:



- Front of the form signed by client.
- Form signed by provider on front and back if they are an:
 - 1) Informal provider who:
 - a) cares for more than 2 children,
 - b) is under 18 years of age, *or*
 - c) provides care in children's home.
 - 2) Formal Provider who: checked the box in Section C.
- Name, address, phone, case number, and social security number of client.
- Name, address, & phone of provider.
- Date provider started to care for the children.
- Names & dates of birth of children.
- Days and times care will be provided.
- Amount charged per week for each child.

INFORMALS

- Answered all questions in Section A.
- Checked appropriate boxes in section 1 on the back of form and signed it.
- Provided proof of identity and residence with documentation less than 60 days old.
- If on PA, provider case number. Remember to fill out an OES-3A for the provider.

REGISTERED/LICENSED

- Type of care checked in Section B.
- License # and expiration date.
- Legally exempt providers completed and signed Section 2 on back of form.





Dear Parents and Child Care Providers:

The new Child Care Provider Application and Voucher form is enclosed. When a parent chooses a child care program or provider, both the parent and provider must review, complete and sign the Child Care Provider Application and Voucher form and return it to HRA. The form must be completed in order to receive payments.

Part II of the form is only required for "legally exempt" providers - informal family child care providers (babysitters), public school programs and others. Part II is required by Health and Safety regulations issued by the State of New York. These rules establish basic standards for the homes of all informal providers (and other legally exempt providers), who care for children receiving publicly subsidized child care services.

These standards must be met before HRA will issue child care payments to new or existing providers. If the provider cannot meet the new standards, HRA will not pay for the child care. Parents must choose another provider and notify HRA by bringing in a new Child Care Provider and Voucher form.

All information that is requested on the form from parents and providers **must be completed**. Use this chart to help you:

Form Part	Completed By:
Page 1, Part I	Parent/guardian
Page 1, Part II	Provider
Page 2, Part III	Provider
Page 2, Part IV	Parent/guardian
Page 2, Part V	Provider
Page 3, Part I	Provider
Page 3, Part II	Provider
Page 4, Part III	Parent/guardian AND provider
Page 5, Part IV	Provider
Page 6, Part V	Parent/guardian AND provider

If you need help or instructions on how to complete the Child Care Provider and Voucher Form, contact your Job Center. For more information on child care, consult the Child Care Fact Sheet and Planner at the end of the form.

Sincerely,

Kay Hendon
HRA/FIA Office of Child Care

Estimados Padres/Madres y Proveedores de Cuidado para Niños:

Adjunto se encuentra el nuevo formulario Solicitud y Comprobante del Proveedor de Cuidado para Niños Child Care Provider Application and Voucher form). Cuando un padre/madre escoge un programa o proveedor de cuidado para niños, ambos el/la padre/madre y el proveedor tienen que revisar, completar y firmar el formulario Solicitud y Comprobante del Proveedor de Cuidado para Niños y devolverlo a la HRA.

La Parte II del formulario es solamente requerido para proveedores "legalmente exentos" - proveedores de cuidado informales para niños en familia (niñeras), programas en escuelas públicas y otros. La Parte II es requerido por las reglamentaciones de Salud y Seguridad emitidas por el Estado de Nueva York. Estas reglas establecen normas para los hogares de todos los proveedores informales (y otros proveedores legalmente exentos), quienes cuidan a niños recibiendo servicios de cuidado para niños con subsidio público.

Estas normas tienen que ser cumplidas antes que la HRA emita pagos para el cuidado para niños a proveedores nuevos o actuales. Si el proveedor no puede cumplir con las nuevas normas, la HRA no pagará por el cuidado para niños. Los padres tienen que escoger otro proveedor y notificarle a la HRA trayendonos un nuevo formulario del Proveedor de Cuidado para Niños y Comprobante (Child Care Provider and Voucher Form).

Toda la información que es solicitada en el formulario de parte de los padres y proveedores tiene que ser completada. Use esta tabla para ayudarle:

Parte del Formulario	Completado Por:
Página 1, Parte I	Padre/madre/guardian
Página 1, Parte II	Proveedor(a)
Página 2, Parte III	Proveedor(a)
Página 2, Parte IV	Padre/madre/guardian
Página 2, Parte V	Proveedor(a)
Página 3, Parte I	Proveedor(a)
Página 3, Parte II	Proveedor(a)
Página 4, Parte III	Padre/madre/guardian Y proveedor(a)
Página 5, Parte IV	Proveedor(a)
Página 6, Parte V	Padre/madre/guardian Y proveedor(a)

Si usted necesita ayuda o instrucciones acerca de como completar el Formulario del Proveedor de Cuidado para Niños y Comprobante, comuníquese con su Centro de Trabajo. Para más información sobre el cuidado para niños, consulte la Hoja de Datos y Planificador del Cuidado para Niños (Child Care Fact Sheet & Planner) al final del formulario.

Atentamente,

Kay Hendon,
HRA/FIA Office of Child Care

School Break

Child Care Provider Application and Voucher Form - Part I

Completed by FIA Worker	Provider or Program ACCIS Number
Eligibility Start Date for Child Care	ACCIS Case Number

I. Parent or Guardian:

If you have more than one provider, give a separate form to each one.

Complete this section. Ask your provider to complete section II, submit the documentation required as proof of ID in section III, and sign section V. You must review and sign section IV. You and your provider must then complete the rest of this form together.

No payment can be made until this form is completed and reviewed by FIA.

Last Name: _____ First Name: _____
 Address: _____ (Number, Street, Apartment No.) SSN: _____ (Optional)
 _____ (Borough, Zip Code) Case Number: _____
 Telephone Number: _____ CIN Number: _____

Legally responsible relatives (parents, stepparents, and legal guardians) cannot be paid as child care providers for their own child(ren).

II. Child Care Provider:

You must complete this section.*

Provider/Agency Name: _____
 Address: _____ (Number, Street, Apartment No.) Network Name (if affiliated): _____
 _____ (Borough, Zip Code) Telephone No.: _____

Social Security No.: _____ or Employer Identification No.: _____
 (Taxpayer identification is acceptable)

Date you began caring for the children listed below and on page 2: _____

Child's Name: _____							Date of Birth: _____		OFFICIAL USE ONLY	
Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Total hours per week	FIA Rate		
From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____				
To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	\$			
Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____				
Child's Name: _____							Date of Birth: _____		OFFICIAL USE ONLY	
Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Total hours per week	FIA Rate		
From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____				
To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	\$			
Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____				

* **Informal Providers:** If you are less than 18 years old, you must also complete the "Under 18" section on page 3. **Licensed or Registered Providers:** you must complete **Section B on page 2**. **All Providers:** You must indicate the rates you charge for each age level on page 2.

School Break

Child Care Provider Application and Voucher Form - Part I

Child's Name: _____							Date of Birth: _____		OFFICIAL USE ONLY	
Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Total hours per week	FIA Rate		
From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____	From: _____				
To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____	To: _____				
Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____	Total hours: _____			\$	

Legally Exempt Group and Informal Providers: You must complete pages 3-6.

Licensed or Registered Providers: Please complete the following section. Check the appropriate box for the type of license or permit you have and attach a copy of it.

Family Day Care Capacity: _____ ACD Program Number: _____
 Group Family Care High Age: _____ Your License/Permit Number: _____
 Center Based Low Age: _____ Expiration Date: _____
 After School

III. Informal Provider ID Verification Source:

In order to verify your name and address, please provide a copy of one of the following documents. Check the document you are submitting.

- Utility, tax, telephone or rent bill
 NYCHA rent book
 Mortgage payment coupon or receipt
 Deed to your home
 Front of a canceled check if it shows your current address
 A letter from your landlord on his or her stationery stating your address. If you are not the primary tenant, a letter from the primary tenant is required, stating that you reside at the address you indicated. If you are providing child care to the primary tenant, you must submit a statement that child care is provided in the home of the parent or guardian.

For privacy reasons, you may cross out financial information. Documents cannot be more than 60 days old.

IV. Parent or Guardian:

I certify that the information provided is correct. I understand I must report any changes to FIA. I authorize FIA to inform my provider of my work attendance.

Signature: _____ **Date:** _____

V. Provider:

I am enrolling this child in a child care program. I understand that I will be paid only after the child's attendance data is received by FIA and for so long as the above parent or guardian is engaged in an FIA approved activity or employed. If the parent or guardian fails to meet these criteria, I will be sent a letter from FIA informing me that FIA will no longer pay for child care.

I will allow the parent or guardian of the children named on this form unlimited access to his or her children and the premises and will make myself available whenever the children are in my care. I certify that the statements above are accurate and true to the best of my knowledge. I understand that providing false information may lead to the suspension or termination of payments and recovery of any payments to which I was not entitled.

I agree that the amount I am charging this parent is **not more than** the amount I charge for other children of the same age. **I understand that I cannot be paid if I do not list all my rates.**

My weekly child care rates are as follows:	INFANT Under 18 months	TODDLER 18 months - under 3 years	PRE-SCHOOL 3 years - under 6 years	SCHOOL-AGE 6 years- 12 years
Full Time (30 hours or more per week)	\$	\$	\$	\$
Part Time (15-29 hours per week)	\$	\$	\$	\$
Hourly (1-14 hours per week but less than 3 hours per day)	\$	\$	\$	\$

Signature: _____ **Date:** _____

FOR OFFICE USE ONLY FIA Workers: Indicate Provider ID Verification Source and sign below. Document used to verify ID: _____ FIA Worker's Signature _____ Supervisor's Signature _____	ACCIS DATA ENTRY DATE: _____ _____ _____
---	--

School Break

Application for Legally Exempt Group and Informal Child Care Providers - Part II

I. PROVIDER'S STATUS

Informal Providers only: check all statements that apply.

- I PROVIDE CARE IN THE CHILD'S HOME.
- I PROVIDE CARE IN MY OWN HOME OR IN ANOTHER PERSON'S HOME. Check the box that applies.
- I am the grandparent, great-grandparent, great-great grandparent, aunt, uncle, great aunt, great uncle, brother, sister or first cousin of a child in my care.
- I provide care for no more than 2 children (not counting my own or any children 13 years or older).
- I provide care for 3 or more children. However, I never have more than 2 children in care at the same time for more than three hours.
- I provide care that is different from the choices above. *Explain:* _____
- I AM ON PUBLIC ASSISTANCE. Case Number: _____

Under 18: check all statements that apply.

I am under 18 years of age. I understand that I can be paid only if one of the statements below is true.

- I am 14 or 15 years old, work no more than 3 hours a day (less than or equal to 18 hours a week while school is in session) and I do not provide care between the hours of 7 p.m. and 7 a.m.
- I am 16 or 17 years old. I have working papers and I do not provide care during the hours I am required to be in school. I work no more than 4 hours per day (less than or equal to 28 hours a week while school is in session) and I do not provide care between the hours of 10 p.m. and 6 a.m.

MINIMUM WAGE

I understand that if I provide care in a child's home, I am entitled to the minimum wage. I understand that the person who hired me is responsible for paying me the difference between the minimum wage and the FIA payment rate. I have written the amount I charge on the Child Care Provider and Voucher Form and understand that FIA will pay me that amount provided that it does not exceed New York State authorized child care rates.

MEALS AND SNACKS

Legally Exempt Group and Informal Providers: check the arrangement that you have chosen.

Meals and snacks may be supplied by either the parent or the provider. Check the arrangement to which you have agreed. If you want information about how you can get money to help pay for meals and snacks, call the Child and Adult Care Food Program (CACFP) at (800) 942-3858.

- The provider will supply snacks and meals.
- The parent or guardian will supply snacks and meals.
- Other. *Explain:* _____

II. TYPE OF PROGRAM

Legally Exempt Group Providers only: check the statement that describes your program.

- This program is a nursery school, pre-kindergarten or day care program for children age 3 or older, **operated by a public school district** that is providing elementary or secondary education or both, in accordance with the compulsory education requirements of the Education Law. The program is located on the same premises or campus where the elementary or secondary education is provided.
- This program is a nursery school that is **voluntarily registered with the NYS Education Department** and operated in accordance with Part 125 of its regulations. **Attach a copy of your registration.**
- This program is a summer day camp **operated in accordance with Subpart 7-2 of the State Sanitary Code. Attach a copy of your Department of Health permit to operate a summer day camp.**
- This program is a day care center, family day care home or other child care program **located on federal or tribal property and operated in compliance with applicable federal or tribal laws and regulations.**
- This is a nursery school, pre-kindergarten or day care program for children age 3 or older (or a program for school-aged children conducted during non-school hours), **operated by a private school or academy** which is providing elementary or secondary education or both in accordance with the compulsory education requirements of the Education Law. The program is located on the same premises or campus where the elementary or secondary education is provided.

School Break

Application for Legally Exempt Group and Informal Child Care Providers - Part II

II. TYPE OF PROGRAM (continued)

6. This program is a nursery school or program for preschool children **operated by a nonprofit agency or organization or a private proprietary agency** which is not voluntarily registered with the NYS Education Department and which provides services to children for no more than three hours per day.
7. None of the above. In this case, you may need to be licensed or registered. Unless you can provide documentation that you are legally exempt from such requirements, FIA cannot pay you to provide child care. For information about licensing, contact the Bureau of Early Childhood Resources and Information at 212-929-0815 or call the Department of Health Day Care Division at 212-280-9251.

Name of Program: _____

Operated by: _____

Provider's Signature: _____

*** IF YOU CHECKED STATEMENTS 1, 2, 3 OR 4: DO NOT COMPLETE SECTION III, THE HEALTH & SAFETY CHECKLIST. GO DIRECTLY TO SECTION IV, THE CRIMINAL HISTORY CERTIFICATION, on page 5.**

*** IF YOU CHECKED STATEMENTS 5 OR 6: YOU MUST COMPLETE THE REST OF THIS FORM.**

III. HEALTH AND SAFETY CHECKLIST

The Provider and the parent or guardian must complete this form together. Check "yes" or "no."

A. The Provider must meet the following safety requirements:

Yes No

- The provider and all the children have two separate and remote ways to leave the building in an emergency.
- Rooms for children are well-heated, well-lighted and well-ventilated.
- The home is free of unsafe areas (such as swimming pools, open drainage ditches, wells, holes, wood or coal burning stoves, fireplaces and gas space heaters) unless they are equipped with sturdy barriers to keep the children away.
- If child care is provided above the first floor, there are barriers or window guards so children cannot fall out.
- The water supply is safe. There are working toilets. There is hot and cold running water at all times.
- The provider and anyone else who will be helping to care for the children is physically able to provide child care and is free of any communicable disease. If care is provided in the provider's home, all persons living in the home, all volunteers who are likely to have regular contact with the children and all employees are also free of any communicable diseases.
- The home or facility is free of any dangerous or unsafe conditions that could hurt a child. Specifically:
- Knives and other sharp objects are out of the reach of children.
 - Small rugs, runners and electrical cords are held in place so that a child will not trip.
 - Electrical cords do not run under furniture or rugs and are out of the reach of small children.
 - Extension cords are not overloaded.
 - Guns and other firearms are stored unloaded in a locked drawer or cabinet and the key is kept in a safe place.
 - Cords to window blinds and shades are out of the reach of children.
 - Hot liquids are out of the reach of children.
 - Small items that a child could choke on are out of the children's reach.
- All matches, lighters, medicines, drugs, cleaning materials, detergents, aerosol spray cans and other poisonous materials are stored in their original containers safely away from the children. Care is taken so that they do not come in contact with children or food, nor otherwise endanger the children.
- Each child will receive meals and snacks according to the agreement between the parent and the provider.
- Milk, formula and any food that goes bad if left out will be kept refrigerated.
- Formula, breast milk and other food items for infants will not be heated in a microwave oven.
- The provider will always allow the custodial parent or guardian to have access to the child while in care, to the home where the child is in care and to any written records concerning the child.
- The provider will hold evacuation drills at least once a month, with the children, so they will know what to do in an emergency.
- The provider has a working telephone or can get to one very quickly in an emergency. Emergency telephone numbers for the fire department, local police or sheriff's department, poison control center and ambulance service are posted near the telephone and are easy to see.
- Protective caps, covers or permanently installed safety devices are used on all electrical outlets within reach of the children if they are under 5 years of age.
- Paint and plaster are in good condition so that there is no danger of paint or plaster chips getting into food or of children putting the chips in their mouths.
- There is at least one operating smoke detector on each floor of the home. The provider will check regularly to make sure all detectors work.
- The home has a portable First Aid Kit that is easy to get to in an emergency and is kept away from children in a clean container. It is stocked to treat common childhood injuries or problems. The provider will always replace articles in the First Aid Kit as soon as possible after something has been used or is too old to be used.

School Break

Application for Legally Exempt Group and Informal Child Care Providers - Part II

III. HEALTH AND SAFETY CHECKLIST (continued)

Yes No

- The parent or guardian has given the provider signed proof from a doctor or other health care provider that the child has received all of the immunizations appropriate for the child's age or that one or more of the immunizations would harm the child's health. Alternatively, the child's parent has provided a statement saying that the child has not been immunized because of the parent's religious beliefs.
- Stairs, railings, porches and balconies are in good repair.

NOTE: FIA cannot approve child care if any statement has been checked "no."

B. THE PROVIDER AGREES TO THE FOLLOWING CONDITIONS:

Agree

- The provider WILL NEVER use corporal punishment or let others use corporal punishment while children are in care. Corporal punishment means doing things directly to a child's body, such as spanking, biting, shaking, slapping, twisting or squeezing, making the child do physical exercise beyond what is normal, forcing the child to stay still for long periods of time, making the child stay in positions that hurt the child or are bizarre, bathing the child in unusually hot or cold water, forcing the child to eat or putting soap, foods, hot spices or foreign substances in the child's mouth.
- The provider WILL NEVER use or be under the influence of alcohol or drugs while children are in care and will make sure that children do not have contact with people using drugs or alcohol while in care.
- The provider WILL NOT smoke or allow smoking in indoor areas, cars or other vehicles when in use by children.
- The provider (and anyone else that the parent or guardian has approved to help take care of the children) WILL NEVER leave children alone or in the care of other people.

List all individuals, 18 or over, who are likely to have regular contact with the children in your care.

Employees or Volunteers Caring for Children	Members of Your Household	Age

BY SIGNING THIS HEALTH & SAFETY CHECKLIST, THE PARENT OR GUARDIAN AND PROVIDER AGREE THAT THEY HAVE INSPECTED THE HOME OR FACILITY AND THAT ALL STATEMENTS ON THE FORM ARE TRUE.

Provider's Name (*print*): _____

Provider's Signature: _____ Date: _____

Parent or Guardian's Name (*print*): _____

Parent or Guardian's Signature: _____ Date: _____

IV. CRIMINAL HISTORY CERTIFICATION

The child care provider must complete this section.

I certify that I have asked each person who is age 18 or over, and who is living in the home, and is an employee or a volunteer likely to have regular contact with the children, if he or she has been convicted of a crime.

I certify that all those who live, work or volunteer at this home or facility have provided true and accurate information in writing to the parents of the children concerning any criminal convictions, including the date, crime and any other relevant details.

I understand that I may not be eligible to provide child care if I, or anyone else listed on this page, have been convicted of any of the following crimes:

- homicide
- kidnapping
- incest
- promoting prostitution as a felony
- possession of a weapon as a felony
- any felony relating to the possession or sale of a controlled substance within the last 5 years.
- sex offenses, including rape, sodomy, sexual misconduct and abuse
- **any crime against children**

I certify to the best of my knowledge and belief that I (choose one):

- have been convicted of a crime in New York State or anywhere else. Explain:** _____
- have not been convicted of a crime in New York State or anywhere else.**

School Break

Application for Legally Exempt Group and Informal Child Care Providers - Part II

IV. CRIMINAL HISTORY CERTIFICATION (continued)

I certify to the best of my knowledge and belief that anyone 18 or older who is helping me (whether as a volunteer or as an employee who is likely to have regular contact with the children in care):

- has been convicted of a crime in New York State or anywhere else. *Explain:* _____
- has not been convicted of a crime in New York State or anywhere else.

If care is provided in a home other than the child's home, I certify to the best of my knowledge and belief that the persons living in the home who are 18 years of age or older:

- have been convicted of a crime in New York State or anywhere else. *Explain:* _____
- have not been convicted of a crime in New York State or anywhere else.

I believe the conviction (or convictions) described above was (were) the result of extenuating circumstances.

Please check one: I am requesting a review of these circumstances and will provide all documents or references required. I am not requesting a review of these circumstances.

This review is justified because (*explain*): _____

Provider's Name (*print*): _____

Provider's Signature: _____ Date: _____

V. PARENT OR GUARDIAN AND PROVIDER CERTIFICATION

Both the parent (or guardian) and the provider (Exempt Group or Informal) must read this section, check their agreement, sign and date it.

A. PROVIDER CERTIFICATION:

- I will notify FIA immediately if the hours of care or the number of children in my care changes.
- I agree to collect the family share (fee) from the parent or guardian if instructed to do so by FIA. I will immediately notify FIA if the parent fails to pay the required family share.
- I agree to provide accurate attendance records as required by FIA.

B. PARENT OR GUARDIAN CERTIFICATION:

- I understand that FIA may not be able to pay the provider if the provider, or anyone else 18 years or over who lives, works or volunteers in the home (other than the child's own), and who is likely to have regular contact with my children, has been convicted of a crime.
- Even if FIA determines that payment can be made to the provider when there is a criminal conviction, I have the right and responsibility to decide whether I want to use this provider. I understand that I have the right to select another provider.
- I will notify FIA of any change in circumstances, such as the hours that I need care or anything else that affects eligibility for care. I agree to pay my share of the fee as directed by FIA.
- I certify that I have selected this provider to care for my children. I understand that it is my responsibility to monitor the quality of care furnished to my children.
- I am aware that if I employ an **in-home** provider, I am responsible for paying this individual the minimum wage and any other applicable benefits. When the total cost of child care (including benefits) exceeds the amount that is paid by FIA, I understand it is my responsibility to pay the difference.

C. PARENT OR GUARDIAN AND PROVIDER CERTIFICATION:

- We state that to the best of our knowledge and belief all statements made on this form and any attachments are accurate and true. We understand that providing false information may result in the termination of payments and legal action by FIA.
- This will confirm that the parent or guardian has specifically asked the provider, volunteers who are likely to have regular contact with children in care, employees and persons living in the home (other than the child's own) who are 18 or over, if they have been the subject of **child abuse or maltreatment indications**.
- The provider has given the parent or guardian true and accurate information **in writing** regarding any indications of child abuse or maltreatment. The parent or guardian has considered this information and is nevertheless choosing this provider. The parent or guardian understands, however, that he or she has **the right to select another provider**.
- The provider and the parent or guardian state that we have completed the Health & Safety Checklist together. We understand that payment cannot be made until items marked "no" have been corrected. We agree to notify and provide documentation to FIA when any "no" item on the Checklist has been corrected or changed.

The parent or guardian and Exempt Group or Informal Provider must read this section, sign below and date.

Provider's Name (*print*): _____

Provider's Signature: _____ Date: _____

Parent or Guardian's Name (*print*): _____

Parent or Guardian's Signature: _____ Date: _____



Administration of Medication Enrollment Form for Child Care Providers

A. Parent/Guardian:

First Name Last Name

Address

City State Zip Code

Telephone Number Social Security Number (optional)

Case Number CIN Number

B. Child(ren):

First Name Last Name

First Name Last Name

First Name Last Name

First Name Last Name

First Name Last Name

First Name Last Name

C. Child Care Provider:

First Name Last Name

Address

City State Zip Code

Social Security Number/Taxpayer ID Number Telephone Number

Mail this first page and the completed Administration of Medication Enrollment Form for Child Care Providers to:

Human Resources Administration
Child Care Support Services
109 E. 16th Street
New York, NY 10003

OBSOLETE

New York State (NYS) law restricts the right to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to specific medical professionals who are authorized by NYS to administer medication. Some individuals are exempt from this requirement based on their relationship to the child, family or household, and are permitted to administer medication, including:

- The child's parent/caretaker, stepparent, legal custodian, legal guardian or member of the child's household;
- A child care provider employed by the parent/caretaker to provide child care in the child's home;
- Family members who are related within the third degree of consanguinity to the child's parent or stepparent; and
- Effective January 31, 2005, child care providers who are trained and authorized by the Office of Children and Family Services (OCFS), under a Health Care Plan for Administration of Medication approved by a qualified health care consultant, may administer medication when such providers are:
 - operating in compliance with NYS regulations;
 - authorized by the child's parent/caretaker, stepparent, legal guardian or legal custodian to administer medication; and
 - administering medication to subsidized children in care.

To receive OCFS authorization to administer medication, a child care provider must be at least 18 years of age and literate in the language in which the parental permissions and health care provider's instructions will be given.

Any person who is not authorized by NYS law, or not exempt from this legal requirement, may only administer over-the-counter topical ointments, sunscreen and topical insect repellent. Examples of medication such providers may not administer include, but are not limited to: Tylenol[®], Ritalin[®], insulin, antibiotics and ear, eye and nose drops.

A. QUALIFICATIONS FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

(Provider must complete.)

1. Is the provider legally permitted to administer medication to subsidized children when authorized by a parent/stepparent, legal guardian or legal custodian?

Yes.

No. I am not authorized or permitted to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to the children in my care.

2. Is an employee or volunteer of the program legally permitted to administer medication to subsidized children when authorized by a parent/caretaker, legal guardian or legal custodian?

Yes. Give employee/volunteer's name: _____

No. My employee/volunteer is not authorized or permitted to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to the children in my care.

3. Give the reason that allows the provider and/or the employee/volunteer to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to subsidized children in the program. Answer this question only if you answered "Yes" to question 1 or 2.

Check the box(es) below that show the reason(s) why the provider or the employee/volunteer named above is allowed to administer medication other than over-the-counter topical ointments, sunscreen and topically applied insect repellent to subsidized children in the program. If there is a different answer or reason for different children, the provider must check all answers that apply.

The provider must attach the documentation required for each answer, as indicated.

- A. I am permitted to give medication because I am employed by the parent/caretaker to provide child care in the child's home. I am not required to have a Health Care Plan for Administration of Medication.
- B. I am permitted to give medication to the children for whom I am the grandparent, great-grandparent, great-great-grandparent, aunt/uncle (or spouse), great-aunt/great-uncle (or spouse), brother/sister (or spouse) or first cousin (or spouse). I am not required to have a Health Care Plan for Administration of Medication.
- C. I have a valid professional health care license as a physician, physician's assistant, registered nurse or nurse practitioner that authorizes me to administer medication. I am not required to have a Health Care Plan for Administration of Medication. **I have attached a copy of my current medical license.**
- D. My employee/volunteer has a valid professional health care license as a physician, physician's assistant, registered nurse or nurse practitioner that authorizes him/her to administer medication. I am required to have a Health Care Plan for Administration of Medication. **I have attached a copy of the approval page of my Health Care Plan for Administration of Medication, and a copy of my employee/volunteer's current medical license.**
- E. I have, or my employee/volunteer has, a valid professional license as a practical nurse or certification as an advanced emergency medical technician that allows me, or my employee/volunteer, to administer medication. I am required to have a Health Care Plan for Administration of Medication. **I have attached a copy of my or my employee/volunteer's current medical license or certification, and a copy of the approval page of the Health Care Plan for Administration of Medication.**
- F. I have, or my employee/volunteer has, met the training requirements of OCFS regulations, 18 NYCRR Part 415.4 (f)(7)(iv)(z). I am required to have a Health Care Plan for Administration of Medication. **I have attached a copy of the approval page of the Health Care Plan for Administration of Medication.**

B. INTENT TO SEEK AUTHORIZATION TO ADMINISTER MEDICATION TO SUBSIDIZED DAY CARE CHILDREN

(Providers who are not permitted to administer medication and who do not have an employee/volunteer permitted to administer medication must answer this.)

Will the provider be seeking authorization to administer medication to children in subsidized care?

(Check one)

- Yes.** I want to learn how to start the process.
Ask the Human Resources Administration (HRA) for the Obtaining Authorization to Administer Medication to Children in Legally-Exempt Care form (W-273X), or ask your Administration for Children's Services (ACS) representative for the list of requirements you must fulfill to become authorized to administer medication to subsidized children in your care.
- No.** I will not be seeking authorization to administer medication at this time.

C. PARENT/GUARDIAN AND PROVIDER AGREEMENT FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION

(Parent/Guardian must complete.)

Who will be responsible for administering medication to your child(ren) in the provider's care?

(Check all that apply)

- The child care provider or qualified employee/volunteer named previously will administer medication to the child.
- The legally-exempt child care provider or employee/volunteer will not administer medication. Instead, the parent/caretaker will administer medication or choose a person who is permitted under NYS Education Law to administer medication. This may include a member of the child's household or certain relatives. The relatives who may be authorized include: the child's grandparent, great-grandparent, great-great-grandparent, aunt/uncle (and spouse), great-aunt/great-uncle (and spouse), brother/sister (and spouse) or first cousin (and spouse). The parent/caretaker will inform the provider in writing when s/he has chosen a person to give medication to his/her child.

D. PROVIDER CERTIFICATION REGARDING ADMINISTRATION OF MEDICATION

(All providers must read and sign.)

I will administer medication in compliance with NYS law and only to the extent that I am permitted by NYS law to do so.

If I have employees, I will make sure that each of my employees administers medication in compliance with NYS law and only to the extent permitted by NYS law.

If I have volunteers, I will make sure that each of my volunteers administers medication in compliance with NYS law and only to the extent permitted by NYS law.

By signing this, I agree that all the statements on this form are true and accurate.

Provider Signature

Date

E. PARENT/GUARDIAN CERTIFICATION REGARDING ADMINISTRATION OF MEDICATION

(Parent/Guardian must review and sign the certification below.)

I certify that all statements on this form are true and accurate.

I understand that it is **my responsibility** to make sure my child(ren) receive any necessary medication. I understand that if I choose a child care provider who is not able to meet all of my child(ren)'s health care needs, I am responsible for making additional arrangements to meet the child(ren)'s needs. I will make all necessary arrangements prior to placing my child in the provider's care.

My provider has informed me whether s/he (or his/her employee/volunteer) is legally permitted to administer medication. I have read the Qualifications for Administration of Medication, **Section A**, of this enrollment form, and I understand whether or not my provider or his/her employee/volunteer is legally permitted to give medication to my child(ren).

My child care provider and I have discussed who will administer medication to my child(ren) while the child(ren) are in the provider's care. Our agreement regarding who will be responsible for administering medication to my child(ren) is indicated on this form in **Section C**.

I understand that I may administer medication to my child, or that I may authorize another person that is legally permitted to administer medication to my child. I may authorize a member of my child's household or certain relatives of the child to administer medication. The relatives who may be authorized include: the child's grandparent, great-grandparent, great-great-grandparent, aunt/uncle (and spouse), great-aunt/great-uncle (and spouse), brother/sister (and spouse) or first cousin (and spouse).

Parent/Caretaker Signature

Date



Formulario de Inscripción de Administración de Medicamentos para el Proveedor de Cuidado Infantil

A. Padre/Madre/Tutor:

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Número de Seguro Social (opcional) _____

Número del Caso _____ Número de CIN _____

B. Niño(s):

Nombre _____ Apellido _____

Nombre _____ Apellido _____

Nombre _____ Apellido _____

Nombre _____ Apellido _____

Nombre _____ Apellido _____

Nombre _____ Apellido _____

C. Proveedor de Cuidado Infantil:

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Seguro Social/Número de Contribuyente de Impuestos _____ Número de Teléfono _____

Envíe por correo esta primera página y el Formulario de Inscripción de Administración de Medicamentos para el Proveedor de Cuidado Infantil a:

Human Resources Administration
Child Care Support Services
109 E. 16th Street
New York, NY 10003

La ley del Estado de Nueva York (NYS) restringe el derecho de administrar medicamentos (aparte de pomadas tópicas sin receta, protectores solares y repelentes contra insectos tópicos) a determinados profesionales de salud autorizados por NYS para dicha administración de medicamentos. Algunas personas están exentas de dicho requisito y tienen derecho de administrar medicamentos en razón de su parentesco con el niño, la familia u hogar. Entre estas personas figuran:

- El padre, la madre/la persona a cargo del niño, el padrasto o la madrastra, el tutor legal, o algún miembro del hogar del niño;
- Un proveedor de cuidado infantil empleado por el padre o la madre/la persona a cargo del niño en el mismo hogar de éste;
- Parientes de un tercer grado de consanguinidad respecto del padre, de la madre, del padrasto, o de la madrastra; y
- A partir del 31 de enero de 2005, los proveedores de cuidado infantil que sean capacitados y autorizados por la Oficina de Servicios al Niño y a la Familia (Office of Children and Family Services – OCFS), conforme a un Plan de Atención de Salud para la Administración de Medicamentos (Health Care Plan for Administration of Medication) aprobado por un asesor calificado de atención de salud, podrán administrar medicamentos siempre y cuando dichos proveedores:
 - cumplan sus deberes conforme a los reglamentos de NYS;
 - estén autorizados por el padre o la madre, la persona que cuida al niño, el padrasto o la madrastra, el tutor legal para administrar medicamentos; y
 - administren los medicamentos a niños que estén bajo cuidado subsidiado.

Para recibir autorización de (OCFS), conforme a un Plan de Atención de Salud para Administrar Medicamentos, el proveedor de cuidado infantil debe tener por lo menos 18 años de edad y saber escribir y leer en el idioma en que se proporcionen los permisos de los padres o madres y las instrucciones de los proveedores de atención de salud.

Toda persona sin autorización legal por parte del Estado de Nueva York, o que no esté exenta de dicho requisito legal, sólo podrá administrar pomadas tópicas sin receta, protectores solares y repelentes contra insectos tópicos. A título de ejemplo, tales proveedores no tendrán derecho de administrar, entre otros: Tylenol[®], Ritalin[®], insulina, antibióticos y gotas para los oídos, los ojos y la nariz.

A. CALIFICACIONES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

(A ser llenado por el proveedor.)

1. **¿Tiene autorización legal el proveedor para administrar medicamentos a niños subsidiados si ha recibido permiso para ello por parte del padre o de la madre/de la persona a cargo del niño, o del tutor legal?**

Sí.

No. No tengo autorización ni permiso para administrar a los niños bajo mi cuidado medicamentos, aparte de pomadas tópicas, protectores solares y repelentes tópicos contra insectos sin receta.

2. **¿Tiene autorización legal un empleado o voluntario del programa para administrar medicamentos a niños subsidiados si ha recibido permiso para ello por parte del padre o de la madre/de la persona a cargo del niño o del tutor legal?**

Sí. Proporcione el nombre y apellido del empleado o voluntario: _____

No. Mi empleado/voluntario no tiene autorización ni permiso para administrar medicamentos a niños subsidiados, aparte de lo siguiente sin receta: pomadas tópicas, protectores solares y repelentes contra insectos tópicos.

3. Proporcione la razón que le permite al proveedor y/o al empleado/voluntario administrar medicamentos (aparte de lo siguiente sin receta: pomadas tópicos, protectores solares y repelentes contra insectos tópicos) a los niños subsidiados en el programa. Conteste esta pregunta sólo si contestó "Sí" a la pregunta 1 o 2.

Marque la(s) casilla(s) más abajo que indican la(s) razón(es) por la(s) cual(es) el proveedor o el empleado/voluntario más arriba tiene el derecho de administrar medicamentos, aparte de los medicamentos sin receta antemencionados a los niños en el programa. Si la razón o respuesta es distinta según el niño, el proveedor debe marcar toda respuesta que corresponda.

Además, el proveedor deberá adjuntar la documentación solicitada para cada respuesta, tal como indicado.

- A. Tengo permiso de administrar medicamentos por ser contratado para proveer cuidado infantil en el hogar del niño por el padre o la madre/la persona a cargo del niño. **No** es necesario que yo tenga un Plan de Atención de Salud para la Administración de Medicamentos.
- B. Tengo permiso de administrar medicamentos a mis hermanos, nietos, bisnietos, tataranietos, asimismo como a los siguientes parientes consanguíneos o políticos: primos hermanos, sobrinos, o bisnietos sobrinos. **No** es necesario que yo tenga un Plan de Atención de Salud para la Administración de Medicamentos.
- C. Cuento con título profesional válido de atención de salud de médico, auxiliar médico, enfermera con licencia o enfermera auxiliar que me autoriza para administrar medicamentos. **No** es necesario que yo tenga un Plan de Atención de Salud para la Administración de Medicamentos. **He adjuntado una copia de mi actual título médico.**
- D. Mi empleado/voluntario cuenta con un título profesional válido de atención de salud de médico, auxiliar médico, enfermera con licencia o enfermera auxiliar que le autoriza para administrar medicamentos. Es necesario que yo tenga un Plan de Salud para la Administración de Medicamentos. **He adjuntado una copia de la página de aprobación de mi Plan de Atención de Salud para la Administración de Medicamentos, así como una copia del actual título médico de mi empleado/voluntario que le autoriza para administrar medicamentos.**
- E. Cuento yo o cuenta mi empleado/voluntario con un título profesional válido de enfermera auxiliar o certificado de técnico avanzado de emergencias médicas que me permite a mí o le permite a mi empleado/voluntario administrar medicamentos. Necesito tener un Plan de Salud para la Administración de Medicamentos. **He adjuntado una copia de mi actual título médico o certificado o una copia del de mi empleado/voluntario, al igual que una copia de la página aprobada del Plan de Salud para la Administración de Medicamentos.**
- F. Yo he cumplido o mi empleado/voluntario ha cumplido los requisitos de capacitación del reglamento de OCFS, 18 NYCRR Part 415.4 (f)(7)(iv)(z). Necesito tener un Plan de Atención de Salud para la Administración de Medicamentos. **He adjuntado una copia de la página aprobada del Plan de Atención de Salud para la Administración de Medicamentos.**

B. INTENCIÓN DE OBTENER AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A NIÑOS BAJO CUIDADO SUBSIDIADO DE GUARDERÍA INFANTIL

(Los proveedores que no tengan permiso para administrar medicamentos y que tampoco tengan un empleado/voluntario con permiso para administrar medicamentos deben contestar lo siguiente.)

¿Tiene la intención el proveedor de obtener autorización para administrar medicamentos a niños bajo cuidado subsidiado? (Marque una casilla)

- Sí.** Deseo iniciar el trámite.
Pídale a la Administración de Recursos Humanos (HRA) el formulario: Cómo Obtener Autorización para Administrar Medicamentos a Niños Bajo Cuidado Legalmente Exento (Obtaining Authorization to Administer Medication to Children in Legally Exempt Care [W-273X]), o pídale a su representante de la Administración de Servicios al Niño (Administration for Children's Services – ACS) la lista de requisitos necesarios para obtener autorización para administrar medicamentos a niños subsidiados bajo su cuidado.
- No.** De momento no tengo la intención de obtener autorización para administrar medicamentos.

C. ACUERDO ENTRE EL PADRE O LA MADRE/TUTOR Y EL PROVEEDOR RESPECTO LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

(A ser llenado por el padre o la madre/tutor.)

¿Quién será responsable de administrar medicamentos a su(s) niño(s) bajo el cuidado del proveedor?
(Marque todo lo que corresponda)

- El proveedor de cuidado infantil o empleado/voluntario calificado y antemencionado administrará medicamentos al niño.
- El proveedor de cuidado infantil legalmente exento o el empleado/voluntario no administrará medicamentos. En vez, el padre o la madre/la persona que cuida al niño administrará medicamentos o elegirá a una persona con permiso bajo la Ley de Educación del Estado de Nueva York (NYS Education Law) para administrar medicamentos, lo que puede incluir a un miembro del hogar del niño o a algunos parientes. Incluidos entre los parientes que pueden obtener autorización figuran: los hermanos, los abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, y los siguientes parientes consanguíneos o políticos: tíos bisabuelos, primos hermanos. El padre o la madre/la persona que cuida al niño informará al proveedor por escrito al elegir a alguien para administrar medicamentos a sus niños.

D. CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

(A ser leído y firmado por todos los proveedores.)

Administraré medicamentos de acuerdo con la ley de NYS y sólo en la medida en que me lo permita dicha ley.

Si tengo empleados, me aseguraré de cada uno de mis empleados administre medicamentos de acuerdo con la ley de NYS y sólo en la medida en que lo permita dicha ley.

Si tengo voluntarios, me aseguraré de que cada uno de mis voluntarios administre medicamentos de acuerdo con la ley de NYS y sólo en la medida que se lo permita dicha ley.

Al firmar la presente, asevero que todas las declaraciones que figuran en el presente formulario son veraces y exactas.

Firma del Proveedor

Fecha

E. CERTIFICACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE/TUTOR RESPECTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (El padre o la madre/tutor debe repasar y firmar la certificación más abajo.)

Doy fe de que todas las declaraciones que figuran en el presente formulario son veraces y exactas.

Reconozco que tengo la **responsabilidad** de asegurarme de que mi(s) niño(s) reciba(n) todo medicamento necesario. Reconozco que si elijo a un proveedor de cuidado infantil que no pueda atender todas las necesidades de salud de mi(s) niño(s), seré responsable de disponer los arreglos adicionales que hagan falta para satisfacer las necesidades de mi(s) niño(s). Dispondré todos los arreglos necesarios antes dejar a mi niño bajo el cuidado del proveedor.

Mi proveedor me ha informado respecto a su (o el de su empleado/voluntario) autorización legal para administrar medicamentos. He leído las Calificaciones para Administrar Medicamentos (Qualifications for Administration of Medication), **Sección A**, del presente formulario de inscripción, y tengo conocimiento respecto a la autorización legal de mi proveedor o su empleado/voluntario para administrar medicamentos a mi(s) niño(s).

Mi proveedor y yo hemos acordado quién le administrará medicamentos a mi niño(s) mientras que éstos se encuentren bajo el cuidado del proveedor. Nuestro acuerdo respecto a quién tendrá la responsabilidad de administrar medicamentos a mi(s) niño(s) se indica en el presente formulario en la **Sección C**.

Reconozco que puedo administrar medicamentos a mi niño, o que puedo permitir a otra persona que tenga autorización legal a que administre medicamentos a mi niño. Puedo igualmente autorizar a un miembro del hogar de mi niño o a ciertos parientes del niños para que administren medicamentos. Entre los parientes del niño a quienes se les puede dar permiso figuran: los hermanos, los abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, al igual que los siguientes parientes consanguíneos o políticos: tíos, tíos bisabuelos, o primos hermanos.

Firma del Padre o de la Madre/de la Persona que Cuida al Niño

Fecha



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____
Center: _____
Action Code: _____

This is the second of two envelopes being sent to you today about your Public Assistance and/or Food Stamp benefits. It contains the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B).

You should have received the first envelope containing the date and time of an appointment scheduled for you, along with other important information.

Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Location Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B), and bring it with you to your appointment.

If you did NOT receive the appointment letter, or if you cannot keep the appointment, call us immediately at the telephone number shown above.

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B)



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Centro: _____
Código de Acción: _____

Este es el segundo de dos sobres que se les han enviado hoy acerca de sus Beneficios de Asistencia Pública y/o Cupones para Alimentos. Dicho sobre contiene el Formulario de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]).

Usted debió ya haber recibido el primer sobre con la hora y fecha de su cita, junto a otros datos de importancia.

Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Número de Teléfono: _____

Location Name: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si tiene un proveedor de cuidado infantil, entréguele la Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]) para que dicho proveedor la llene y usted la traiga a su cita.

Si NO recibe el aviso de cita o si no puede acudir a ella, llámenos inmediatamente al número de teléfono que aparece arriba.

Adjunto: Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S])



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Case Type: _____
Caseload: _____
Number of Months
on Assistance: _____
Action Code: _____

This is the second of two envelopes being sent to you today about your Public Assistance and/or Food Stamp benefits. It contains the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B).

You should have received the first envelope containing the date and time of an appointment scheduled for you, along with other important information.

Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Location Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

This is a mandatory appointment. Failure to keep this appointment may result in loss of benefits.

If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) and bring it with you to your appointment.

If you did NOT receive the appointment letter, or if you cannot keep the appointment, call us immediately at the telephone number shown above.

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B)



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Tipo de Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Número de Meses
en Asistencia: _____
Código de Acción: _____

Este es el segundo de dos sobres que se les han enviado hoy acerca de sus Beneficios de Asistencia Pública y/o Cupones para Alimentos. Dicho sobre contiene el Formulario de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]).

Usted debió ya haber recibido el primer sobre con la hora y fecha de su cita, junto a otros datos de importancia.

Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Número de Teléfono: _____
Location Name: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Esta cita es obligatoria. El no acudir a ella puede resultar en la pérdida de beneficios.

Si tiene un proveedor de cuidado infantil, entréguele la Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]) para que dicho proveedor la llene y usted la traiga a su cita.

Si NO recibe el aviso de cita o si no puede acudir a ella, llámenos inmediatamente al número de teléfono que aparece arriba.

Adjunto: Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S])



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Center: _____
Action Code: _____

This is the second of two envelopes being sent to you today about your Public Assistance and/or Food Stamp benefits. It contains the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B).

You should have received the first envelope containing the date and time of an appointment scheduled for you, along with other important information.

Your appointment is scheduled for:

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Location Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

This is a mandatory appointment. Failure to keep this appointment may result in loss of benefits.

If you have a child care provider, have him/her complete the Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B) and bring it with you to the appointment.

If you did NOT receive the appointment letter, or if you cannot keep the appointment, call us immediately at the telephone number shown above.

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form (W-273B)



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Centro: _____
Código de Acción: _____

Este es el segundo de dos sobres que se les han enviado hoy acerca de sus Beneficios de Asistencia Pública y/o Cupones para Alimentos. Dicho sobre contiene el Formulario de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]).

Usted debió ya haber recibido el primer sobre con la hora y fecha de su cita, junto a otros datos de importancia.

Su cita está programada para:

Fecha de la Cita: _____ Hora: _____ Número de Teléfono: _____
Location Name: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Esta cita es obligatoria. El no acudir a ella puede resultar en la pérdida de beneficios.

Si tiene un proveedor de cuidado infantil, entréguele la Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S]) para que dicho proveedor la llene y usted lo traiga a su cita.

Si NO recibe el aviso de cita o si no puede acudir a ella, llámenos inmediatamente al número de teléfono que aparece arriba.

Adjunto: Solicitud de Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (W-273B [S])



Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____
Caseload: _____
Worker Name: _____
Worker Phone: _____
FH&C Phone: _____

**Notice of Recertification Appointment (W-908T) Insert B
Child Care Notice**

This is the second of two envelopes being sent to you today about your Public Assistance and/or Food Stamp benefits. It contains the Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**).

If you are currently in receipt of child care benefits or need child care benefits, you must ensure that the enclosed **W-273B** is completed, signed and submitted to your Worker when you report to your recertification interview.

If you have not received your recertification appointment notice, contact your Worker.

Enclosure: Child Care Provider Application and Voucher Form (**W-273B**).



Fecha: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Caso: _____
Unidad de Casos: _____
Nombre del Trabajador: _____
Número de Tel. del
Trabajador: _____
Número de Tel. de FH&C: _____

**Aviso de Cita de Recertificación (W-908T [S]) Insert B
Aviso de Cuidado Infantil**

Este es el segundo de dos sobres que se les han enviado hoy sobre beneficios de Asistencia Pública y/o Cupones para Alimentos. Dicho sobre contiene el Formulario de Solicitud del Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (**W-273B [S]**).

Si usted actualmente recibe o necesita beneficios de cuidado infantil, debe asegurarse de llenar y firmar el adjunto **W-273B (S)** y entregárselo a su Trabajador cuando se presente para su entrevista de recertificación.

Si usted no recibe su aviso de cita para recertificación, por favor comuníquese con su Trabajador.

Adjunto: Formulario del Proveedor de Cuidado Infantil y Comprobante (**W-273B [S]**).