

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE PROVEEDOR DE CUIDADO FAMILIAR
Orem Child Care Nutrition Program

COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN

Nombre del proveedor: _____
 Dirección del proveedor: _____ N°. de teléfono: _____
 Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Dirección donde se provee el cuidado infantil: _____

Calle Ciudad

Estado Código postal

Un proveedor de cuidado familiar es alguien que cumple la definición de relación, es decir, hermano o hermanastro de 18 años de edad o más que proporciona cuidados para hermano(s) menor(es) de 12 años de edad o de un grupo familiar separado, tía, tío, abuelo, tiastra, tastro, abuelastro, tía abuela, tío abuelo o bisabuela.

Indique el(los) nombre(s) del(los) niño(s) bajo su cuidado, incluyendo los suyos, y la relación con el(los) niño(s). Por ejemplo, sobrina, sobrino, nieto, hermano, etc. Encierre en un círculo sí o no para indicarnos si vive con el(los) niño(s).

		Vive con el		
proveedor				
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	
Nombre del niño: _____	Relación: _____	Sí	No	

_____ estoy relacionado con los niños que cuido según lo antes definido. Cuido a _____ niño(s).

Evaluación de ANTECEDENTES

1. Todos los miembros del grupo familiar aplicables han recibido una verificación de antecedentes según las normas establecidas en Child Care Licensing.
2. En mi ausencia, (salvo en caso de una emergencia) el sustituto o voluntario que queda a cargo tiene al menos 18 años de edad y tiene una verificación de antecedentes actualizada.
3. Si yo, o alguno de los residentes de mi grupo familiar es arrestado, acusado o sentenciado por un delito, informaré a mi Patrocinador a las 48 horas de tener conocimiento de ello.

Indique todos los nombres y fecha de nacimiento de los residentes del hogar	
Nombre	Fecha de nacimiento

Certifico que la lista anterior, que contiene los nombres y fechas de nacimiento de todos los residentes del hogar, es verdadera y correcta.

CERTIFICACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD

1. Tengo al menos 18 años de edad y soy física y mentalmente capaz de proveer cuidado a los niños.
2. Mi hogar está equipado con agua corriente fría y caliente, instalaciones sanitarias y es limpio y seguro.
3. Las áreas externas están libres de artículos peligrosos que podrían causar lesiones a un niño o adulto.
4. Hay detectores de humo que funcionan y extintores de incendio en todos los pisos donde se brinda la atención.
5. Mantendré un teléfono en funcionamiento y tendré disponible una lista de números de emergencia, incluyendo el control de envenenamiento.
6. Mantendré números telefónicos e información de contacto para los padres de los niños bajo cuidado.
7. A los niños se les proveerá de comida según lo requerido por las regulaciones del Programa del Cuidado de Niños y Adultos (Child and Adult Care Program, CACFP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA).
8. Se mantendrán las provisiones de alimento para evitar que se contaminen o pudran.
9. Se obtendrá una declaración de una autoridad médica y se mantendrá a la mano para cualquier niño que requiera una dieta modificada de los requisitos del CACFP.
10. Se vacunará al(los) niño(s) bajo cuidado según lo requerido por la Ley de Vacunación de Utah.
11. Se mantendrán las buenas prácticas de lavarse las manos para evitar la infección y la contaminación.

Al firmar, CERTIFICO que acepto seguir toda la información anterior y afirmo que es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se brinda en relación con la recepción de fondos federales, que dicha información puede ser verificada y que la falsificación deliberada me someterá a juicio según el estatuto penal estatal y federal aplicable (CFDA 10:558), incluida la colocación en la Lista Nacional de Descalificados que me impedirá participar en el programa federal de alimentos durante siete años (CACFP226.16 (I)).

Firma del proveedor:

Fecha:

Esta Institución brinda igualdad de oportunidades.