

Date Fee Received:	Amount: \$	Check/MO Number:	Staff Initials:	Expiration Month:
--------------------	---------------	------------------	-----------------	-------------------

DO NOT WRITE ABOVE THIS LINE – OFFICIAL USE ONLY

OIG-DRCC-04 (Spanish)
R. 11/2023
922 KAR 2:100

ESTADO DE KENTUCKY
GABINETE PARA SERVICIOS DE SALUD Y DE LA FAMILIA
Oficina del Inspector General
División de Cuidado Infantil Regulado



FORMULARIO DE RENOVACIÓN DEL HOGAR FAMILIAR CERTIFICADO PARA EL CUIDADO INFANTIL

Instrucciones: Toda la información en esta solicitud debe ser correcta y verídica. Llene este formulario entero. Los formularios de renovación incompletos no se tramitarán. Si tiene alguna duda, haga el favor de contactar a la División de Cuidado Infantil Regulado.

SECCIÓN 1: IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR ESTA SECCIÓN SE DEBE LLENAR ENTERA

Número de certificado: C _____		Número de teléfono: ()	
Nombre (Nombre Segundo nombre (Apellido de soltera) Apellido(s):		Número de celular: ()	
Dirección de correo electrónico:		¿Participa usted en el programa de alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cantidad total de niños bajo cuidados (incluidos los niños emparentados al proveedor):	Cantidad de lactantes (0 – 12 meses):	Cantidad de niños (1 año– 6 años):	Cantidad de niños (7 años – 12 años):

SECCIÓN 2: Responda cada una de las preguntas con sí o no. Si responde que sí, favor de explicar al dorso del formulario.

- ¿Se mudó alguna vez el año pasado? Sí No
- ¿Cambió alguna vez el horario de operación el año pasado? Sí No
- ¿Hay algún adulto cuyo nombre apareciera con anterioridad en su formulario de solicitud/renovación y que ya no viva en el hogar certificado para el cuidado infantil? Sí No
- ¿Hay algún asistente/sustituto cuyo nombre apareciera con anterioridad en su formulario de solicitud/renovación y que en el tiempo que ha pasado desde que llenó su último formulario de solicitud/renovación haya dejado de trabajar en el hogar certificado para el cuidado infantil? Sí No
- ¿Hay algún niño emparentado con el proveedor (sus propios niños, nietos, sobrinos, hijastros y menores bajo su custodia legal) que haya cumplido los 18 o ya no esté en el hogar certificado para el cuidado infantil durante el horario de operación? Sí No
- ¿Hay algún adulto o algún asistente/sustituto en el hogar certificado para el cuidado infantil que se haya agregado el año pasado? Sí No
- ¿Hay algún niño emparentado con el proveedor (sus propios niños, nietos, sobrinos, hijastros y menores bajo su custodia legal) que no haya estado en el hogar certificado para el cuidado infantil durante el horario de operación y que ahora sí está? Sí No
- ¿Cambió usted alguna vez en el año pasado su estatus de empleo o vocacional, ya sea remunerado o no? Sí No

Conforme a lo dispuesto en el 922 KAR 2:100 Secciones 2(11) o 19(10), estoy consciente de que es mi obligación notificar inmediatamente a la Oficina del Inspector General de cualquier acción o cambio que repercuta significativamente en la operación del hogar familiar certificado para el cuidado infantil.

La falsificación de la información de la solicitud, incluida la documentación suplementaria pertinente, constituye una razón válida para denegar o revocar la certificación necesaria para operar un hogar familiar para el cuidado infantil. Su firma en esta solicitud indica su comprensión y conformidad con esta ley.

Mediante la presente, doy fe bajo pena de perjurio de que la información contenida en esta solicitud es correcta y verídica.

He leído y entiendo los requisitos de certificación de los hogares familiares para el cuidado infantil conforme a lo especificado en el 922 KAR 2:100.

Firma del proveedor

Fecha

Nombre completo en letra de molde

La solicitud debe ir acompañada de un cheque certificado, un cheque comercial o un giro bancario no reembolsables y pagaderos a "Kentucky State Treasurer" por la cantidad de \$10.00. Le pedimos que adjunte copias de cualquier **documentación** pertinente y las envíe a:
Division of Regulated Child Care
275 E. Main Street, 5 E-F
Frankfort, KY 40621

(Haga el favor de adjuntar a su solicitud copias de todos los documentos y quédese con los originales como constancia)

- Certificado médico
- Resultados de prueba de tuberculosis de todos los adultos en el hogar (incluidos los sustitutos o asistentes)
- Resultados del Programa de Chequeo a Nivel Nacional de Antecedentes (incluidos los sustitutos o asistentes)

Cómo notificar a la DRCC sobre los cambios:
(incluya número de certificado y su firma en todas las solicitudes)

Cambio de nombre

- Solicitud por escrito
- Copia de la licencia de conducir o de la tarjeta de seguro social con el nuevo nombre

Cambio de ubicación/dirección

- Solicitud por escrito
- Aprobación por escrito de zonificación local

Agregar el nombre de un adulto en el hogar y/o agregar el nombre de un sustituto o asistente

- Solicitud por escrito
- Resultados de la prueba de tuberculosis
- Resultados del Programa de Chequeo a Nivel Nacional de Antecedentes

Retirar el nombre de un adulto en el hogar

- Solicitud por escrito

Retirar el nombre de un sustituto o asistente en el hogar

- Solicitud por escrito
- Último día de empleo

Notificación de cierre

- Solicitud por escrito
 - Incluya
 - número de certificación
 - último día de operación
 - firma del propietario

Todos los cambios se deben remitir a:

**Office of Inspector General
Division of Regulated Child Care
275 E. Main Street, 5 E-F
Frankfort, KY 40621
chfsoigrccportal@ky.gov
Fax #: 502-564-9350**