Licencia para el Cuidado del Niño del Condado de Hillsborough
3152 Clay Mangum Lane
Tampa, Florida 33618
Teléfono: (813) 264-3925 Fax: (813) 264-2118

Solicitud de licencia para Hogar de Cuidado del Niño

(ESCRIBA A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE LEGIBLE EN TINTA)

Instrucciones: Toda información en esta solicitud debe ser verdadera y correcta. No se aceptará una solicitud incompleta. Si tiene alguna pregunta con relación a esta solicitud, por favor contacte a la agencia de licencia.

Tipo de solicitud: ___ Inicial ___ Renovación* ___Cambio de dirección ___ Cambio de nombre

***Sólo para renovaciones de licencia: La renovación de esta licencia está condicionada al pago de cualquier multa anteriormente impuesta como una sanción contra esta licencia que no haya sido protestada, o que haya sido confirmada en una audiencia administrativa. Si al momento de solicitar la renovación de esta licencia existe una audiencia administrativa pendiente resultado de una propuesta de multa, ello no deberá afectar la renovación de esta licencia.**

Nombre del proveedor(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Fax _____ Correo electrónico _____

Dirección postal (si corresponde) _____ Ciudad _____ Código postal _____

Dueño(a) de la propiedad: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de propiedad: ___ Individual ___ Sociedad (Se requieren documentos de la misma) ___ Corporación (Se requieren documentos de la misma)

Si se utilizare un nombre ficticio o cualquier otro nombre de identificación, por favor provea el nombre aquí (y usted debe anexar una copia del formulario de inscripción del nombre ficticio ante el Departamento de Estado): _____

Miembros de la familia/otros que viven en la propiedad:

1. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____
2. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____
3. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____
4. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____
5. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Acreditación: ___ Sí (Debe incluir una copia) ___ No
Rango de edad de los niños a servir: Sólo infantes ___ (Menores de 12 meses)
Infante a 5 años ___ Infante a 13 años ___ 5 a 13 años ___
¿Se utilizará algún vehículo para excursiones, emergencias, etc.? Sí ___ No ___
Meses de operación: _____ a _____ Todo el año: ___
Días de operación **(Indique con un círculo)** DOM LUN MAR MIE JUE VIE SAB
Cuidado diurno: ___ Sí ___ No Tiempo completo: ___ Medio día: ___
Cuidado nocturno: ___ Sí ___ No Cuidado ocasional: ___ Antes del horario escolar: ___
¿Se ofrecen alimentos? ___ Sí ___ No Después del horario escolar: ___ Infantes: ___

Como aplicante de la licencia para el cuidado de niños ¿Ha tenido usted alguna aplicación de dicha licencia que haya sido denegada, revocada, suspendida, multada o haya sido puesta bajo alguna acción disciplinaria, mientras operaba o era empleado(a)de un centro para el cuidado de niños en cualquier estado o jurisdicción? Si_____ No_____

Yo afirmo, bajo pena de perjurio, que a todos los miembros de la familia o las personas que residen con el proveedor(a), que tengan de 18 o más años de edad, y a todo el personal que figure bajo este Hogar de Cuidado del Niño, se hayan tomado las huellas digitales de acuerdo con los requisitos estipulados en los estatutos, y que todos los miembros de la familia o personas residiendo con el aplicante que tengan de 12 a 17 años de edad, se les haya efectuado el chequeo de antecedentes por el Departamento de "Florida Law Enforcement." Juro y afirmo que toda la información ofrecida en esta aplicación es completa y precisa, y comprendo que la falsificación de la información dada en esta aplicación es base para la denegación o revocación de la licencia para operar un Hogar de Cuidado del Niño.

Además, estoy de acuerdo en notificar a la Oficina para la Licencia de Cuidado del Niño del Condado de Hillsborough cualquier cambio en la información provista en esta aplicación.

_____
Firma del proveedor(a)

Jurado y suscrito ante mí en este día _____ de _____, 20_____.

_____ _____ A quien conozco personalmente
Notario Público, Estado de Florida, Habilitado _____ Quien me ha presentado una identificación

Mi comisión expira el: _____

Usted debe llenar la Autorización para la entrega de información (No-confidencial), o la Confirmación de estado estatutario confidencial, según corresponda, que aparecen en el reverso de esta solicitud.

HC CCL 36 (Rev. 01/14)

Autorización para la entrega de información
Hogar de Cuidado del Niño
u
Hogar de Cuidado del Niño con Capacidad Extendida
(No-confidencial)

El Departamento de Niños y Familias ha desarrollado un Sistema Estatal de Información para la Licencia de Cuidado del Niño. Todas las modalidades de Cuidado del Niño bajo licencia del Departamento se incluyen en un sitio Internet. La dirección de los Hogares de Cuidado del Niño es **opcional**; sin embargo, **TODOS** LOS NOMBRES, CÓDIGOS POSTALES Y NÚMEROS DE TELEFONOS se incluirán como medios de contacto.

Este sitio Internet es una valiosa herramienta, e incluye un "modelo de búsqueda" para ayudar a los padres que buscan recursos y modalidades de Cuidado del Niño en su comunidad. La dirección Internet para el estado de Florida es: **myflorida.com/childcare/provider**. La dirección Internet para el condado de Hillsborough es: **hillsboroughcounty.org/childcarelicensing.**

Cada proveedor(a) puede solicitar que se incluya en el sitio Internet la dirección de su Hogar de Cuidado del Niño/Hogar de Cuidado del Niño con Capacidad Extendida.

Por favor, **marque con un círculo una** de las siguientes opciones:

1. Yo declaro que soy el operador(a) de un Hogar de Cuidado del Niño/Hogar de Cuidado del Niño con Capacidad Extendida con licencia, y entiendo que **solamente** aparecerán en el sitio Internet sobre licencia de Cuidado del Niño mi NOMBRE, CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO DE TELÉFONO.

2. Yo declaro que soy el operador(a) de un Hogar de Cuidado del Niño/Hogar de Cuidado del Niño con Capacidad Extendida con licencia, y solicito que la **dirección** de mi hogar sea añadida al sitio Internet sobre licencia de Cuidado del Niño.

(POR FAVOR, LETRA DE MOLDE) Proveedor(a) de Hogar de Cuidado del Niño

Número Calle Código postal

Firma del proveedor(a) del Hogar de Cuidado del Niño Fecha

****
****

LLENE LO SIGUIENTE – SOLAMENTE SI CORRESPONDE

Confirmación del estado estatutario confidencial
Hogar de Cuidado del Niño/Hogar de Cuidado del Niño con Capacidad Extendida
registrado o con licencia

La sección 119.07(3)(l)1 y otros Estatutos de Florida requieren que se mantenga confidencialidad respecto a los nombres, direcciones, números de teléfonos, localización de escuelas y lugares de empleo para ciertos tipos específicos de personal, sus esposas y sus familias.

Ejemplos de estos tipos de empleados son:

Oficiales de orden público
Bomberos
Jueces de la Corte
Fiscales estatales
Investigadores de abusos y negligencias
Personal a cargo de pensiones paternas/maternas a niños
Empleados relacionados con recaudación de impuestos
Oficiales de aplicación de códigos del condado/municipio
Padres sustitutos

*Yo declaro que actualmente soy un oficial de orden público, otro tipo de empleado, o esposo(a) o hijo(a) de uno de ellos, exentos de la divulgación de su información en los registros públicos bajo s.119.07 de los Estatutos de Florida u otros Estatutos de Florida, y **no quiero** que la información demográfica de mi Hogar de Cuidado del Niño/Hogar de Cuidado del Niño con Capacidad Extendida sea divulgada en el sitio Internet sobre licencia de Cuidado del Niño.

*Yo declaro que actualmente soy un oficial de orden público, otro tipo de empleado, o esposo(a) o hijo(a) de uno de ellos, exentos de la divulgación de su información en los registros públicos bajo s.119.07 de los Estatutos de Florida u otros Estatutos de Florida, y **quiero** que la información demográfica de mi Hogar de Cuidado del Niño/Hogar de Cuidado del Niño con Capacidad Extendida sea divulgada en el sitio Internet sobre licencia de Cuidado del Niño.

Por favor, incluya lo siguiente (marque con un círculo solamente uno):

*Solamente el número de teléfono
O
*Ambos, la dirección y el número de teléfono

Firma del proveedor(a) Fecha

Nombre del Hogar (Por favor, letra de molde)

Dirección