

Solicitud de Proveedor Exento de Licencia para Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)

¿Para qué tipo de proveedor es esta solicitud?

Esta solicitud es para individuos que están solicitando ser inscritos por el estado de Michigan, ya sea como un proveedor de cuidado infantil exento de licencia – relacionado o un proveedor exento de licencia – sin relación. Consulte la tabla siguiente para determinar para qué tipo de proveedor está aplicando.

Exento de licencia-relacionado	Exento de Licencia- sin relación
<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor está relacionado al niño como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hermano (no viviendo con el niño) ○ Tía o tía abuela ○ Tío o tío abuelo ○ Abuelo/Abuela o bisabuelo/bisabuela • El proveedor y todos los miembros del hogar (personas de 18 años o mayores que viven con el proveedor) deben pasar una revisión de antecedentes penales. • El proveedor debe completar la capacitación de gran comienzo a la calidad solo por una sola vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor que no es relacionado con el niño (según lo mencionado para el relacionado). • El proveedor debe cuidar al niño en la casa del niño. • El proveedor debe pasar una amplia verificación de antecedentes y participar en una visita anual para salud y seguridad. • El proveedor debe completar la capacitación de gran comienzo a la calidad una sola vez.

¿Cómo aplico?

Complete la solicitud y envíe junto con las pruebas necesarias para:

Correo: Programa de desarrollo y cuidado infantil
 Inscripción de proveedores
 P.O. Box 30267
 Lansing, MI 48909
Fax: 517-284-7529

Puede encontrar una lista de pruebas aceptables en: www.michigan.gov/childcare. Las pruebas incluyen:

- Constancia de su edad.
- Constancia de su Identidad.
- Constancia de donde vive usted actualmente.
- Copia válida de su tarjeta de seguro social.

Nota: Su nombre actual debe coincidir como el nombre en la aplicación y todas las pruebas.

¿Estoy obligado a tomar la capacitación de gran comienzo a la calidad y cuánto cuesta?

Se requiere que todos los proveedores exentos de licencia-relacionados y sin relación tomen la capacitación gran comienzo a la calidad una sola vez para recibir los pagos del CDC. Para inscribirse a esta capacitación que cuesta \$10, visite www.miregistry.org o llame al 877-614-7328 tan pronto como sea posible para ponerse en contacto con el centro de recursos

Solicitud de Proveedor Exento de Licencia para Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)

en su área. No es necesario esperar hasta que su solicitud sea procesada antes de registrarse y completar la capacitación. Si usted ha completado esta capacitación antes, usted no necesita completarla otra vez.

Instrucciones: esta solicitud debe ser completada y firmada por la persona que estará cuidando al o los niños.

Para completar esta solicitud, usted debe:	<input type="checkbox"/> Enviar a: programa de desarrollo y cuidado infantil
<input type="checkbox"/> Responder a todas las preguntas aplicables.	Inscripción de proveedores
<input type="checkbox"/> Presentar constancia de su edad.	P.O. Box 30267
<input type="checkbox"/> Presentar constancia de su identidad.	Lansing, MI 48909
<input type="checkbox"/> Presentar constancia de dónde vive actualmente.	O
<input type="checkbox"/> Presentar una copia válida de su tarjeta de seguro social	Fax: 517-284-7529
<input type="checkbox"/> Firme y añada la fecha a la solicitud en la página 5.	
<input type="checkbox"/> Firme y añada la fecha del consentimiento y revelación en la página 9. (sin relación solamente)	

¿Qué sucede después de que la oficina de CDC reciba mi solicitud y pruebas?

Su solicitud será revisada por el personal para asegurarse de que todo lo que hemos recibido está completo y legible. Si no recibimos una solicitud completa, o si alguno de los documentos que recibimos no son legibles, le notificaremos por correo. Una vez que tenemos todo lo que necesitamos, usted será situado en una línea de espera para su entrevista telefónica. Las entrevistas y las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. Si no podemos comunicarnos con usted cuando intentemos llamarle para su entrevista, le dejaremos un mensaje con el nombre de la persona que va a llevar a cabo su entrevista y el número donde se puede comunicar con ellos. Si tiene correo de voz, asegúrese de configurar su mensaje y tener espacio en su buzón de mensajes para que no pierda nuestra llamada.

Recordatorios importantes

- Por favor envíe copias en blanco y negro. No envíe documentos originales, ya que pueden no ser devueltos. Las imágenes instantáneas tomadas con un teléfono celular a menudo no están claras cuando son enviadas por fax.
- Una vez que recibamos su solicitud completa y pruebas, usted será situado en la línea para su entrevista telefónica obligatoria. Nos pondremos en contacto con usted utilizando el número de teléfono que proporcionó en su solicitud. Si no podemos completar la entrevista telefónica, su solicitud será negada.
- Presente su solicitud y pruebas al programa de desarrollo y cuidado infantil, usando la dirección o número de fax proporcionado en esta aplicación.
- Si su solicitud fue enviada por fax, y desea confirmar que fue recibida, usted puede llamarnos al 866-990-3227 para confirmar. Por favor permita por lo menos 24 horas (sin contar los fines de semana y días festivos) antes de llamar al seguimiento. Si la solicitud fue enviada por correo, permita por lo menos una semana antes de llamarnos.
- Por favor, revise su solicitud cuidadosamente antes de enviarla. Asegúrese que usted ha:
 - Respondido a todas las preguntas que apliquen.
 - Proporcionado un número de contacto para su entrevista telefónica obligatoria.
 - Enviado copias de sus pruebas.
 - Firmó y añadió la fecha a su solicitud.

Solicitud de Proveedor Exento de Licencia para Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)

Sección A: Información del proveedor (exento de licencia-relacionado/sin relación)

Instrucciones: proveedor, utilice esta sección para hablarnos de usted.				
¿Qué tipo de proveedor de cuidado de niños está solicitando ser?				
<input type="checkbox"/> Estoy aplicando para ser un proveedor exento de licencia-relacionado (sólo complete secciones A, B y C.)				
<input type="checkbox"/> Estoy aplicando para ser un proveedor exento de licencia—sin relación (sólo compete la sección A, C y D.)				
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Género	
¿Tiene un nombre que ha usado antes, apellido de soltera o alias?				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, enumere todos aquí:				
Fecha de nacimiento	Licencia de manejar/número de identificación			
Dirección donde vive el proveedor (número, calle, número de apartamento)	Ciudad	Estado MI	Código postal	Condado
P.O. Box (sólo complete si está utilizando un apartado postal para correo)	Ciudad	Estado MI	Código postal	Condado
Número de teléfono (requerido)	Número de seguro social (SSN)	Número de identificación del proveedor (si conoce)		
¿Alguna vez ha tenido una licencia o inscripción suspendida o revocada por LARA, BCHS o MDHHS?				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, explique por qué:				
¿Recibe pagos del MDHHS por proporcionar servicios de ayuda a domicilio para adultos? Nota: servicios de ayuda de OME para adultos no se pueden proporcionar durante las mismas horas que usted está proporcionando cuidado de niños.				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, enumere la o las persona que usted cuida:				
¿Dónde proporciona usted cuidado de niños?				
<input type="checkbox"/> en mi hogar <input type="checkbox"/> en el hogar del niño <input type="checkbox"/> Vivo con el niño				
¿Como está relacionado con el o los niños?				
¿Ha vivido fuera de Michigan en los últimos 5 años?				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es así, por favor enliste su dirección fuera del o los estados en el área de abajo.				
(Número y calle, número de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
(Número y calle, número de apartamento)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Solicitud de Proveedor Exento de Licencia para Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)

Sección B: Información del miembro del hogar (sólo exento de licencia-relacionado)

Instrucciones: en la siguiente sección, enumere a todos los adultos (personas de 18 años o mayores) que vivan con usted.					
Nombre	Apellido anterior/soltera/alias	Fecha de nacimiento	Género	Relación con usted	SSN

Sección C: Requisitos, reconocimiento y firma (exento de licencia-relacionado/sin relación)

Requisitos

Entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes requerimientos para ser un proveedor del CDC:

1. Tengo por lo menos 18 años de edad.
2. Ni yo, ni ningún adulto en mi hogar (sólo exento de licencia - relacionado), han sido encontrados responsables de la negligencia o abuso de niños por el Servicios de protección de niños (CPS) o han sido acusados/convictos de delitos relacionados con el dinero, abuso, o relacionados con la salud y seguridad.
3. No tengo barreras físicas, emocionales u otras que me impiden dar el cuidado y la supervisión adecuados a los niños bajo mi cuidado.
4. Sé cómo y cuándo buscar ayuda de otros, como usar el teléfono y cómo responder a situaciones de emergencia que pueden surgir mientras los niños están bajo mi cuidado.
5. La Oficina de Servicios de Atención Médica (Bureau of Community and Health Systems, BCHS), el departamento de Licencias y Asuntos Degulatorios de Michigan (LARA) o el departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS) no me han suspendido ni revocado una licencia o registro.
6. No tengo otros trabajos u otras obligaciones que causen conflicto o interfieran con las horas que proporciono cuidado infantil.
7. Entiendo que un proveedor que estará proporcionando cuidado en la casa del niño debe completar una base de huellas dactilares para una verificación nacional de antecedentes a través de la Oficina Federal de Investigación (Federal Bureau of Investigation) y debo someterse a visitas para la salud y seguridad.
8. Entiendo que un proveedor que está cuidando a un niño elegible para los beneficios del CDC debe completar una capacitación de gran comienzo de calidad con el fin de recibir los pagos del CDC. Si todavía no he completado esta capacitación requerida por una sola vez, debería visitar www.miregistry.org o llamar al 877-614-7328 tan pronto como sea posible para encontrar una capacitación de gran comienzo de calidad en mi área.

Solicitud de Proveedor Exento de Licencia para Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)

Reconocimientos

Certifico que cumplo con los requisitos anteriores para ser un proveedor de CDC, y entiendo lo siguiente:

1. Los términos y condiciones de mi inscripción como proveedor pueden cambiar sin previo aviso.
2. **No recibiré pagos de CDC por ningún cuidado proporcionado para los niños antes de la fecha que mi solicitud fue recibida o más de 30 días antes de completar la capacitación de Gran Inicio de Calidad (Great Start to Quality Orientation).**
3. Todos los cambios en mi nombre, dirección, miembros de mi grupo familiar o número de teléfono, los debo informar en un plazo de 10 días calendario a la oficina del Desarrollo y Cuidado Infantil llamando al **866-990-3227**. Un error en reportar cambios puede resultar en la terminación de su inscripción.
4. Puedo recibir pagos de CDC solamente por el cuidado proporcionado en Michigan.
5. No debo cuidar a más de seis (6) niños a la vez. El o los niños relacionados a mí pueden ser cuidados en mi hogar o en el hogar del o los niños. El o los niños sin relación a mí deben ser cuidados en el propio hogar del o los niños.
6. No debo cuidar a más de dos (2) niños menores de 12 meses de edad a la vez.
7. Debo permitir a los padres/padres sustitutos de los niños bajo mi cuidado, el acceso ilimitado a sus hijos mientras estén bajo mi cuidado.
8. Debo entregar a un niño únicamente a los padres/padres sustitutos o personas autorizadas por los padres/padres sustitutos.
9. Debo denunciar de inmediato cualquier sospecha de abuso infantil o negligencia a la línea Directa Central de Admisión del MDHHS al 855-444-3911.
10. Entiendo que, con ser un proveedor exento de licencia, yo no soy empleado del estado de Michigan ni del programa CDC y no soy elegible para obtener beneficios de empleo como compensación de trabajadores, seguro de salud o seguro por desempleo.
11. Entiendo que como un proveedor exento de licencia recibiendo pagos del programa CDC del estado de Michigan, yo soy un trabajador por cuenta propia o trabajador del padre/madre. Yo (o el padre/madre) somos responsables de reportar mi salario a las autoridades de impuestos federales, estatales o locales de acuerdo con los reglamentos del IRS. Para más información sobre el IRS visite www.irs.gov.
12. Debo usar el Registro de Asistencia y de Tiempo Diario del CDC, que se encuentra en www.michigan.gov/childcare, que muestre la hora de inicio y de finalización del cuidado para cada niño CDC. Los padres/padres sustitutos deben certificar que estos registros son exactos al colocar sus iniciales en cada día para cada niño para indicar que los datos ingresados son correctos. Debo mantener estos registros durante cuatro (4) años.
13. Debo proporcionar mis Registros de Asistencia y Tiempo Diario del CDC y cualquier otra información solicitada cuando el estado de Michigan me lo pida.
14. Debo facturar los servicios de cuidado infantil únicamente cuando un niño de CDC esté físicamente bajo mi cuidado, (excepto por ausencias del niño en un día cuando el niño estaría normalmente bajo mi cuidado).
15. El pago por todos los niños elegibles de CDC bajo mi cuidado se limita a 630 horas en un período de pago de dos semanas (quincenal).
16. Se me puede procesar por fraude si mi tergiversación intencional provoca un exceso de pago.
17. Si recibo un pago en exceso por cualquier razón, lo debo reembolsar al Departamento. Si recibo un pago en exceso, el Departamento podría retener hasta el 20% de cualquier pago en el futuro. Luego puedo aplicar los pagos retenidos a mi saldo por el pago en exceso hasta que el pago en exceso se reembolse por completo.
18. Entiendo que, si infrinjo cualquiera de las reglas del programa, se me puede retirar del programa durante seis (6) meses, 12 meses, o de por vida.

Al firmar esto, estoy de acuerdo con todos los términos esta solicitud y los términos en el manual de desarrollo y cuidado del niño (Child Development and Care Handbook) encontrada en www.michigan.gov/childcare.

También estoy indicando que la información que he proporcionado es verdadera y exacta al mejor de mis conocimientos.

Firma: he leído y entiendo todas las partes de este formulario. (debe ser completado por el proveedor)

Firma (requerida)	Fecha de la firma
Haga una copia de los derechos y reconocimientos y guarde la copia para sus expedientes.	

**Sección D: Consentimiento y revelación
(Exento de licencia – solamente sin relación)**

Parte 1 – Derechos individuales
 Parte 2 – Revelación
 Parte 3 – Información del solicitante
 Parte 4 – Requisito de reportar
 Parte 5 – Consentimiento
 Parte 6--Certificación



Departamento de Educación del
Estado de MICHIGAN



**Verificación de antecedentes de cuidado infantil del estado de Michigan
Consentimiento y revelación**

El programa de verificación de antecedentes de cuidado infantil se utiliza para realizar comprobaciones de antecedentes de proveedores de cuidado infantil exentos de licencia en Michigan. El sistema será utilizado por el Departamento de Educación de Michigan (MDE) para recibir los resultados de los solicitantes exentos de licencia- sin relación.

Solicitantes deben tener una verificación de antecedentes, incluyendo huellas dactilares.

El negarse a someterse a esta verificación de antecedentes resultará en no ser elegible para recibir pagos de desarrollo y cuidado de niños (CDC).

Parte 1 – Derechos individuales

- a. Entiendo que, con mi solicitud por escrito, recibiré una copia de cualquier registro que se encuentre en cualquiera de los registros o bases de datos.
- b. Entiendo que, si los resultados de cualquier información encontrada en cualquier registro no son correctos, depende de mí contactar con el registro para corregir eso.
- c. Entiendo que, si los resultados de la verificación de antecedentes no son correctos, o Si la convicción encontrada en el expediente es una que fue cancelada o reservada, yo puedo presentar una solicitud de redeterminación con el Departamento De Licencias y asuntos reglamentarios (LARA).

Parte 2 – Declaraciones de revelación (revelación del solicitante)

Las convicciones por ciertos delitos, y/o estar listados en ciertos registros, le impedirán estar inscrito en el programa de los CDC. Para más detalles sobre los crímenes o registros, vaya a www.michigan.gov/ccbc. Enumere todos los delitos de los que ha sido condenado, así como los hallazgos de maltrato o negligencia de menores. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).

Ofensa	Fecha de la condena/búsqueda	Ciudad	Estado

Parte 3 – Información requerida del solicitante para procesar una verificación exhaustiva de antecedentes.

Usted debe contestar todas las preguntas completamente y cuidadosamente o podría resultar en retardos.

Información individual

Número de Seguro Social _____ - _____ Fecha De Nacimiento _____ / _____ / _____

Información personal (Nombre legal)

Listar todos los anteriores

Nombres

Primer nombre _____

Segundo nombre _____

Apellido _____

Lugar de Nacimiento (Estado) _____ Ciudadanía, país de _____

Altura _____ Color del pelo _____ Género Hombre Mujer

Peso _____ Color de los ojos _____ Ethnicidad _____

Dirección actual

Dirección _____

Ciudad _____ Estado/provincia _____ Código postal _____ Condado _____

Agregar la dirección anterior de Michigan según sea necesario

Dirección _____

Ciudad _____ Estado/provincia _____ Código postal _____ Condado _____

¿Tiene más direcciones anteriores en Michigan? Sí No

Residencia

¿Vivió fuera de Michigan en los últimos cinco años? Sí No

Si es así, debe completar las direcciones

Dirección anterior no en Michigan (utilice papel adicional, si corresponde)

Fecha De Residencia De _____ Hasta _____

País_ Ciudad _____ Dirección _____

Estado/provincia _____ Código postal _____ Condado _____

¿Tiene más direcciones anteriores que no sean en Michigan? Sí No

Teléfono/dirección de correo electrónico

Licencia de conducir o identificación del estado

Número de teléfono _____

Número _____

Correo electrónico _____

Estado Emitido _____

Parte 4 – Requisito de reporte

Entiendo que, si estoy inscrito en el programa, tengo que reportar al programa de CDC dentro de 3 días laborales después de haber sido acusado o condenado de un delito que está en la lista de códigos de crimen, ubicado en www.michigan.gov/childcare en la sección de proveedores.

Parte 5 – Consentimiento para conducir antecedentes y chequeo de antecedentes penales (consentimiento del solicitante)

Para ser considerado para inscribirse en el programa de CDC:

- a. Consiento y doy permiso a MDE a través del Departamento de licencias y asuntos regulatorios (LARA), para realizar una verificación de antecedentes que incluye: 1) una revisión de la base de datos de licencias de personas con acción disciplinaria previa en un centro de cuidado infantil, grupo hogar del cuidado de niños, hogar del cuidado de niño de la familia, o un establecimiento del cuidado adoptivo de adultos; 2) una búsqueda a través de los registros nacionales y estatales de delincuentes sexuales; 3) una búsqueda a través de todos los registros criminales estatales para cualquier estado en el que he vivido en los últimos cinco años; 4) una solicitud de que la policía estatal de Michigan (MSP) realice un chequeo de antecedentes penales; y 5) una búsqueda en el registro de abuso y negligencia infantil para Michigan y los estados donde he vivido durante los últimos cinco años.
- b. Entiendo que rechazar la verificación de antecedentes o proporcionar información falsa en relación con una verificación de antecedentes resultará en que no se me encuentre elegible.
- c. Entiendo que MDE hará la final Decisión en cuanto a si estoy inscrito en el programa del CDC. También entiendo que MDE puede terminar la verificación de antecedentes o decidir no permitir que me inscriba en el programa de CDC en cualquier etapa del proceso.
- d. Estoy de acuerdo en proporcionar toda la información necesaria para llevar a cabo una verificación de antecedentes.

Declaración de la ley de privacidad:

Autoridad: la adquisición, preservación e intercambio de huellas dactilares e información asociada por la Oficina Federal de investigación (FBI) generalmente está autorizada bajo 28 U.S.C. 534. Dependiendo de la naturaleza de su solicitud, las autoridades suplementarias incluyen estatutos federales, estatutos de estado de acuerdo con el pub. L. 92-544, órdenes ejecutivas presidenciales y regulaciones federales. Proporcionar sus huellas dactilares y la información asociada es voluntaria; sin embargo, si no lo hace, puede afectar la finalización o aprobación de su solicitud.

Propósito principal: ciertas determinaciones, tales como empleo, licencias y autorizaciones de seguridad, pueden ser predicadas en comprobaciones de antecedentes basadas en huellas dactilares. Sus huellas dactilares e información/biometría asociadas pueden proporcionarse a la Agencia de empleo, investigación o de otra manera responsable, y/o al FBI con el propósito de comparar sus huellas dactilares con otras huellas dactilares en la próxima generación del FBI. Sistema de identificación (NGI) o sus sistemas sucesores (incluidos los repositorios de huellas dactilares civiles, penales y latentes) u otros registros disponibles de la agencia que emplea, investiga o de cualquier otro modo responsable. El FBI puede retener sus huellas dactilares e información/biometría asociada en la NGI después de la finalización de esta solicitud y, mientras se conserva, sus huellas dactilares pueden seguir comparadas con otras huellas dactilares enviadas o retenidas por NGI.

Usos rutinarios: durante el procesamiento de esta solicitud y durante tanto tiempo como sus huellas dactilares y la información asociada/Biometrics se conservan en NGI, su información puede ser revelada de acuerdo con su consentimiento, y puede ser revelada sin su consentimiento según lo permitido por la ley de privacidad de 1974 y todos los usos de rutina aplicables que se pueden publicar en cualquier momento en el registro federal, incluyendo los usos rutinarios para el sistema NGI y los usos de rutina del FBI. Los usos rutinarios incluyen, pero no se limitan a,

revelaciones Para: emplear, organismos gubernamentales o no gubernamentales autorizados responsables del empleo, la contratación, la concesión de licencias, las autorizaciones de seguridad y otras determinaciones de idoneidad; agencias locales, tribales, o federales de aplicación de la ley; agencias de justicia penal; y organismos responsables de la seguridad nacional o de la seguridad pública.

Procedimiento para obtener un cambio, corrección o actualización de los registros de identificación: Después de revisar su registro, si cree que está mal o no está completo y desea actualizarlo, debe solicitar directamente a la agencia que proporcionó la información. También puede dirigir su solicitud para corregir errores a la Oficina Federal de investigación (FBI), la división de servicios de información de justicia criminal (CJIS), Attn: SCU, Mod. D2, 1000 Custer Hollow Rd, Clarksburg, WV 26306. El FBI enviará su solicitud a la agencia que envió la información, pidiéndoles que verifiquen o corrijan. Una vez que el FBI reciba la respuesta, la división CJIS del FBI hará cualquier cambio necesario, de acuerdo con la información proporcionada. (28 CFR § 16,34). Para apelar o corregir un expediente del estado, el sujeto puede comunicarse directamente con la Policía del estado de Michigan al (517) 241-0606 o por medio de email a MSP-CRD-APPLHELP@michigan.gov. Él o ella deben presentar su nombre, el método de contacto, y la razón por la que están pidiendo la apelación/corrección.

Consentimiento: entiendo que mi información personal y las huellas dactilares, siendo presentados por Livescan, serán usadas para buscar registros tanto del MSP como del FBI para los usos mencionados anteriormente. Doy permiso para revelar mi información para tal uso, y para revelar cualquier expediente encontrado, a la agencia de petición aprobada enumerada arriba.

Parte 6- Certificación

Certifico que todas las declaraciones anteriores son correctas y completas y que la falta de proporción de información correcta puede resultar en que se me encuentre no elegible.

Nombre del solicitante (Impreso) _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Este formulario debe mantenerse en el archivo de proveedor