

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

"De conformidad con las leyes de Texas, usted tiene el derecho de saber qué información se ha reunido sobre usted por medio de cualquier forma que haya presentado a un departamento del gobierno estatal. Puede recibir y revisar esta información, y pedir que se corrija cualquier información incorrecta, comunicándose con su representante de Licencias".

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)		Núm. de Seguro Social*	Núm. de licencia para manejar de TX*	Fecha de nacimiento
Otros nombres que ha usado o por los cuales lo conocen (de soltera, de casada, etc.) / /				
Dirección de domicilio (si vive en un área rural, adjunte cómo llegar)		Ciudad	Condado	Código postal
Dirección postal (si es otra) Calle o Apartado postal		Ciudad	Condado	Código postal
Teléfono (con la clave del área)	*Indique si no tiene un Número de Seguro Social o una licencia para manejar de Texas, o si su licencia para manejar es de otro estado.			

1. Las siguientes personas (cónyuge, hijos, amigos, etc.) viven en mi casa o están allí regularmente o con frecuencia mientras los niños están bajo cuidado:

NOMBRE (apellido, nombre, segundo nombre)	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. DE SEGURO SOCIAL*	NÚM. DE LICENCIA PARA MANEJAR DE TX*	RELACIÓN

*Indique si no tiene.

2. ¿Le va a ayudar alguien más a cuidar a los niños? Sí NO

Si contesta "Sí", dé la siguiente información sobre las personas que le ayudarán (apunte sus nombres en la Forma 2971):

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social*	Núm. de licencia para manejar de TX*	Fecha de nacimiento
Dirección - Calle	Ciudad	Código postal	Teléfono (con la clave del área)
Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social*	Núm. de licencia para manejar de TX*	Fecha de nacimiento
Dirección - Calle	Ciudad	Código postal	Teléfono (con la clave del área)

3. A. ¿Esta usted pidiendo listado para recibir subsidio federal?..... Sí NO

B. ¿Cuida usted niños que no son parientes suyos?..... Sí No

C. ¿Cuántos niños cuida o cuántos niños piensa cuidar? ____ (que son parientes) ____ (que no son parientes)

THIS FORM MUST BE RETURNED TO: DFPS • Attention Listed Family Home Unit
• P.O. Box 149030 • Agency Mail Code 121-8 • Austin, Texas 78714-9030

4. ¿Ha tenido usted alguna vez licencia, registro o inscripción para cuidar niños emitido por algún departamento del estado de Texas? Sí NO

Si contesta "Sí", ¿cuándo recibió la licencia, el registro o la inscripción?	Dirección (Calle, Ciudad, Código postal)
Condados	Si ha tenido licencia, registro o inscripción bajo otro nombre, apunte el nombre:

5. TDFPS pone información sobre sus antecedentes de cumplimiento en nuestro sitio en la red en <http://www.txchildcaresearch.org>
Por favor llame a su oficina de licencia local para reportar cambios de dirección, teléfono, o otra información.

INFORMACIÓN PARA EL SITIO DEL TDFPS EN LA RED

() -	() -	Correo Electrónico:
Teléfono:	Fax:	
http:// Dirección Del Sitio en La Red:		
() -	() -	
Buscapersonas:	Teléfono Celular:	

ENTIDAD: (Por favor, marque todas las que se apliquen)

Horas de operación: Abre a las _____ Cierra a las _____

Días de operación:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Meses de operación: Todo el año O

Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio

Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

Edades que cuida:

Bebés (de recién nacidos a 17 meses) Niños pequeños (de 18 meses a 2 años) Niños de prekinder (de 3 a 4 años) Niños en edad escolar (de 5 años y mayores)

SERVICIOS QUE SE OFRECEN: (Por favor marque todos los que sean pertinentes)

<input type="checkbox"/> Programa de Alimentos para Adultos y Niños	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños subsidiado	<input type="checkbox"/> Cuidado después de clases
<input type="checkbox"/> Cuidado de tiempo parcial (acepta niños solamente durante parte del día o de la semana)	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños enfermos (para niños enfermos o que están en recuperación)	<input type="checkbox"/> Clases de habilidades especiales
<input type="checkbox"/> Cuidado ocasional (cuidado alternativo)	<input type="checkbox"/> Programa de Cuidado de Niños con Necesidades Especiales	<input type="checkbox"/> Actividades en el agua
<input type="checkbox"/> Acreditado por una organización nacional	<input type="checkbox"/> Acceso para silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Alberca en la propiedad
<input type="checkbox"/> Cuidado de niños patrocinado por el empleador (sólo ofrece cuidado para los hijos de los empleados)	<input type="checkbox"/> Programa educativo para niños de prekinder	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Idioma (idioma principal que se habla en el centro) Favor de escribirlo: _____	<input type="checkbox"/> Programa educativo para niños de kinder en adelante	<input type="checkbox"/> Excursiones

INSTRUCCIONES DE CÓMO LLEGAR A LA ENTIDAD: (Favor de dar instrucciones claras y concisas)

Si desea dar información adicional, favor de comunicarse con un representante de la División de Licencias.

NOTA:	<ul style="list-style-type: none"> Las personas que solicitan la inscripción tienen la opción de asistir a una orientación del cuidado de niños relacionada con la salud, la seguridad y la higiene para prevenir riesgos a los niños. La ley puede disponer que la información de esta solicitud se revele al público.
-------	---

THIS FORM MUST BE RETURNED TO: DFPS • Attention Listed Family Home Unit
• P.O. Box 149030 • Agency Mail Code 121-8 • Austin, Texas 78714-9030

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

***THIS FORM MUST BE RETURNED TO: DFPS • Attention Listed Family Home Unit
• P.O. Box 149030 • Agency Mail Code 121-8 • Austin, Texas 78714-9030***

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

FOR DFPS USE ONLY

			Criminal History	Date Received	Date Entered	Date Completed
			Central Registry	Date Received	Date Entered	Date Completed
Date Request Rec'd	Date Accepted	Date Fee Verified	Amount Paid	Method of Verification	By:	

Yo solicito que me inscriban en el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas para cuidar en mi casa de uno a tres niños que no sean mis familiares. Me comprometo a cumplir con las reglas del departamento y todas las disposiciones del Capítulo 42 del Código de Recursos Humanos (la ley de licencia para el cuidado de niños) que se aplican a los hogares familiares inscritos.

También certifico que la información que he dado no contiene ninguna declaración dolosa o falsa y que es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier declaración dolosa intencional podría ser causa de que me nieguen o revoquen la inscripción inmediatamente.

Autorizo al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas para que se comuniquen con las personas mencionadas en este formulario. Autorizo al Departamento de Seguridad Pública de Texas para que le dé al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas la información de mis antecedentes penales.

Firma

Fecha

THIS FORM MUST BE RETURNED TO: DFPS • Attention Listed Family Home Unit
• P.O. Box 149030 • Agency Mail Code 121-8 • Austin, Texas 78714-9030