



ESTADO DE CONNECTICUT



PARA: Solicitantes para proveedor de cuidado de niños en el hogar

DE: Licensing Division

Gracias por tu interés en la autorización para proveedores de cuidado de niños en el hogar. La **solicitud inicial** de autorización está diseñada para cumplir con los requisitos de los Regulations of Connecticut State Agencies (Reglamentos de las Agencias Estatales de Connecticut) para proveedores de cuidado de niños en el hogar, secciones **19a-87b-1 a 19a-87b-18** inclusive. **Conserva una copia de la solicitud completa para tus propios archivos.**

La solicitud inicial del paquete de autorización consta de lo siguiente:

1. Lista de verificación de coordinación.
2. Formulario de tarifa de la solicitud inicial: emite tu cheque pagadero a "Treasurer State of Connecticut" (tesorero del Estado de Connecticut). **Esta tarifa no es reembolsable.**
3. Solicitud inicial de autorización: asegúrate de responder todas las preguntas en su totalidad y de firmar la declaración de que has leído y entendido los reglamentos.
4. Formulario de verificación de cuidados de acogida.
5. Declaración médica del adulto para cuidado de niños.
6. Registro de evaluación de salud (para los niños desde el nacimiento hasta los 5 años) o registro de evaluación de salud (para los niños en edad escolar) de la CT Early Childhood (Oficina de la Primera Infancia de Connecticut).
7. Referencias.
8. Análisis de plomo en el agua

IMPORTANTE

Se requieren comprobaciones de antecedentes de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Una vez que la Licensing Division (División de Autorización) haya recibido y aceptado la solicitud para procesarla, recibirás un correo electrónico de invitación de la Legal Division (División Jurídica) para iniciar el proceso de comprobación de antecedentes. Visita el sitio web de la Legal Division en <https://www.ctoec.org/background-checks/>. Si tienes preguntas sobre el proceso de comprobación de antecedentes, ponte en contacto con el Background Check Information System (BCIS, Sistema de Información de Comprobación de Antecedentes) en <https://helpdesk.oecit.org/>.

Una vez que tu solicitud esté completa, nos comunicaremos contigo para programar una inspección de tu hogar. Durante la inspección, hablaremos contigo sobre los reglamentos para proveedores de cuidado de niños en el hogar, responderemos cualquier pregunta que puedas tener y nos aseguraremos de que tu hogar cumpla con los reglamentos. **Nota:** No podemos programar una inspección de tu hogar hasta que tu solicitud esté completa.

Lee los reglamentos y familiarízate con ellos antes de tu cita. Puedes acceder a ellos en línea en www.ct.gov/oec o llamar al 800-282-6063 para solicitar una copia por correo. Además, mira nuestros videos en línea titulados "**How to Become a Licensed Family Child Care Provider**" y "**Maintaining Compliance: Family Child Care Homes**" ("Cómo convertirse en un proveedor de cuidado de niños autorizado" y "Mantener el cumplimiento: proveedores de cuidado de niños en el hogar"). Estos videos te proporcionarán información valiosa.



ESTADO DE CONNECTICUT



Formulario de tarifa de solicitud inicial

Con la solicitud, es necesario presentar la tarifa de autorización junto con este Formulario de facturación de tarifa de solicitud inicial a fin de obtener una autorización para cuidado de niños. **LA TARIFA NO ES REEMBOLSABLE.**

Complete los puntos del 1 al 10 de este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina de autorización al

1-800-282-6063 o al (860) 500-4450. Envíe el pago por cheque o giro bancario, pagadero a:

TREASURER-STATE OF CONNECTICUT. Envíe este formulario, junto con el pago y la solicitud, por correo postal a Connecticut Office of Early Childhood, 450 Columbus Boulevard, Suite 302, Hartford, CT 06103.

1. Nombre del/de la solicitante: _____
(Operador legal)
2. Nombre del programa: _____
(Solo aplicable a centros de cuidado de niños y hogares de cuidado de niños en grupo)
3. Dirección de la ubicación del programa:

*Calle**Ciudad/pueblo**Código postal*
4. Número de teléfono del programa: (____) ____-____ Número de fax del programa: (____) ____-____
5. Dirección postal (si es diferente):

*Calle**Ciudad/pueblo**Código postal*
6. Dirección de correo electrónico: _____
7. Cheque/giro bancario adjunto: \$ _____ N.º de cheque: _____ Fecha del cheque: ____/____/____
8. N.º de seguro social: ____ - ____ - ____ o N.º de identificación federal del empleador: ____ - ____
(3 dígitos)(2 dígitos)(4 dígitos) (2 dígitos) (7 dígitos)
IMPORTANTE: Si no proporcionó un número de seguro social ni un número de identificación federal del empleador arriba, explique por qué no lo ha hecho: _____
9. Constancia de seguro de compensación laboral: ¿Contrata a empleados en su programa que requieren compensación laboral? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:
Nombre del asegurador: _____ N.º de la póliza del seguro: _____
Fechas en las que entra en vigencia la cobertura del seguro de compensación laboral: desde ____/____/____ hasta ____/____/____
10. El pago es para el siguiente tipo de autorización: (marque una casilla a continuación)

Centro de cuidado de niños (Cuenta n.º: 42431)	Hogar de cuidado de niños en grupo (Cuenta n.º: 42431)	Hogar familiar de cuidado de niños (Cuenta n.º: 42431)
☐ Autorización para 4 años (nuevo programa) \$500,00	☐ Autorización para 4 años (nuevo programa) \$250,00	☐ Autorización para 4 años (nuevo cuidador) \$40,00

Actualización: 16 de febrero de 2024

Oficina de la Primera Infancia de Connecticut Proveedor de cuidado de niños en el hogar

Solicitud inicial de autorización

Escriba a máquina o en letra de imprenta. Use una página adicional si es necesario.

- 1. Nombre del solicitante:** _____
primero *segundo* *apellido*

2. Fecha de nacimiento: _____ Teléfono del hogar: (____) _____
Teléfono laboral: (____) _____
Teléfono celular: (____) _____

- 3. Enumere todos los nombres anteriores con los cuales se lo haya conocido:**

NOTA: Un hogar de cuidado infantil familiar es un hogar familiar privado (residencia) ocupado por el proveedor o aprobado para su ocupación como hogar, según lo demuestra un certificado de ocupación válido.

4. Ubicación/dirección propuesta: _____
ciudad/pueblo: _____, CT código postal: _____

5. ¿Reside usted en esta dirección? ☐ Si ☐ No
Si no, adjunte un certificado de ocupación válido a esta solicitud. Comuníquese con la autoridad de construcción local.

☐ Si ☐ No Se adjunta certificado de habitabilidad

Dirección postal (si es diferente): _____

- 6. Enumere todas sus direcciones de los últimos cinco años:**

7. ¿Cuál es su idioma principal? _____

8. ☐ Si ☐ No ¿Solicitó o tuvo alguna vez una autorización para guardería infantil en Connecticut o en algún Otro estado? En caso afirmativo:

¿Cuándo y dónde (qué dirección)?_____

N.º de licencia _____

Nombre de la agencia autorizante Agency:_____

Información de contacto de la agencia autorizante (dirección, número de teléfono y correo electrónico): _____

9. ☐ Si ☐ No ¿Ha trabajado como miembro del personal de cuidado infantil en un programa de cuidado infantil en Connecticut en los últimos 180 días (aproximadamente 6 meses)?

En caso afirmativo, indique el nombre del programa: _____

N.º de licencia: _____

Si no, se le pedirá que complete una verificación de antecedentes exhaustiva incluso si ha tenido uno en los últimos cinco años.

NOTA: Debe completar una verificación de antecedentes exhaustiva antes de obtener su licencia.

10. ☐ Si ☐ No ¿Solicitó o tuvo alguna vez, o bien tiene actualmente, una autorización para cuidado de acogida o adopción en Connecticut o en algún otro estado? En caso afirmativo, debe asegurarse de que la correspondiente agencia autorizante complete el formulario “Foster Care or Adoption License Verification” (Verificación de licencia para cuidado de acogida o adopción) adjunto y se lo envíe a la Oficina de la Primera Infancia de Connecticut..

11. ☐ Si ☐ No ¿Alguna vez estuvo sujeto a una medida disciplinaria o fue despedido o colocado en libertad condicional por un puesto que haya ocupado en los servicios de cuidado de niños?
En caso afirmativo, explique:

Nombre del programa: _____

Dirección del programa: _____

Número de teléfono del programa: _____

12. ☐ Si ☐ No ¿Tiene actualmente un empleo fuera del hogar? En caso afirmativo, describa el trabajo y sus horarios de empleo: _____

13. ☐ Si ☐ No ¿Planea continuar con el empleo fuera del hogar una vez que esté autorizado o aprobado? En Caso afirmativo, explique:: _____

14. ¿Cuáles serán sus horarios de trabajo habituales?

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

15. Identifique a un cuidador sustituto de emergencia; un adulto responsable (de 20 años como mínimo) que pueda llegar a las instalaciones en quince (15) minutos:

Nombre: _____ **Teléfono (_____)** _____

Dirección postal: _____ **Ciudad/pueblo:** _____ **Estado:** ____ **Código postal:** _____

Dirección laboral: _____ **Ciudad/pueblo:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

16. Indique a todos los adultos y niños que viven en la residencia del proveedor de cuidado de niños en el hogar r (INCLUIDO USTED):

NOTA: Esto incluye a todos los adultos y niños que residen en cualquier espacio del hogar, como el apartamento de los suegros, que no está zonificada como vivienda separada..

[illegible]

17. ☐ Si ☐ No ¿Tiene usted, o alguna persona que viva en el hogar utilizado para el cuidado de niños, alguna enfermedad o trastorno físicos o emocionales diagnosticados que supondrían un riesgo para los niños a cargo o que interferirían en la prestación de un cuidado adecuado o la pondrían en peligro? En caso afirmativo, explique:

18. ☐ Si ☐ No ¿Toma usted, o alguna persona que viva en el hogar utilizado para el cuidado de niños, algún medicamento que afectaría su capacidad para proporcionar el cuidado de niños adecuado? En caso afirmativo, explique: _____

19. Mencione a todo el personal (asistentes y sustitutos) del proveedor de cuidado de niños en el hogar. (Todo el Personal debe estar aprobado previamente por la agencia).

Pida una solicitud de personal si desea contratar a personas para que trabajen en su programa.

Nombre	Dirección postal completa (con código postal)	N.º de teléfono	Fecha de vencimiento
		()	
		()	
		()	

20. ☐ Si ☐ No ¿La residencia en la que prestará los servicios de cuidado de niños se construyó antes de 1978?

(Consulte el sitio web de la oficina del tasador de la ciudad o el Building Department [Departamento de Edificación] de su ciudad si ni usted ni el propietario tienen esta información).

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Se recolectarán muestras de cascarillas de pintura Para hacer una prueba de plomo en el momento de la inspección inicial si la construcción se hizo antes de 1978.

21. ☐ Si ☐ No ¿La ciudad designó la residencia en la que prestará los servicios de cuidado de niños como una Casa multifamiliar? En ese caso, ¿cuántas unidades de vivienda (departamentos) hay? _____

22. ☐ Si ☐ No ¿Tiene la casa un dispositivo de calefacción auxiliar, p. ej., estufa de leña, estufa de pellets, hogar de gas insertable? En caso afirmativo, debe adjuntar un comprobante escrito que indique que se inspeccionó y aprobó para una instalación segura y adecuada. (Sección 19a-87b-9(d)(8)).

☐ Si ☐ No

Se adjunta el informe de inspección.

23. **Prueba de agua con plomo**

Se debe realizar una prueba de plomo en el agua no más de doce meses antes de la fecha de esta aplicación, analizada por un laboratorio certificado por el estado (que se encuentra en este sitio web: <https://portal.ct.gov/DPH/Environmental-Health/Environmental-LaboratoryCertification/Environmental-Laboratory-Certification>) de un fregadero utilizado para beber, beber y preparación de alimentos. El agua deberá haber estado estancada en las tuberías de plomería al menos seis horas (Sección 19a-87b-9i).

☐ Si ☐ No

Se adjunta prueba de agua con plomo.

24. ☐ Si ☐ No

¿El suministro de agua de la casa se obtiene de un pozo privado? En caso afirmativo, también debe presentar análisis de agua (realizados no más de 12 meses antes de la fecha de esta solicitud) para detectar bacterias, parámetros físicos y sustancias químicas sanitarias (a cargo de un laboratorio certificado del estado). El suministro de agua debe considerarse potable, adecuado y seguro.

☐ Si ☐ No

Se adjunta el análisis de agua.

25. ☐ Si ☐ No

¿Hay una piscina o alguna otra masa de agua en las instalaciones o lo suficientemente cerca de estas que atraiga a los niños o sea accesible para ellos en cualquier momento del año?

En caso afirmativo, describa: _____

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO

(Nombre en letra de imprenta)



ESTADO DE CONNECTICUT



Formulario de verificación de cuidados de acogida

Importante: Si respondiste “sí” a la pregunta N.º 9 de la solicitud, debes completar este formulario.

Sección 1: El solicitante debe completar esta sección y enviarla a la agencia autorizada de cuidado de acogida correspondiente.

Nombre del solicitante: _____

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

N.º de teléfono: (_____) _____

Sección 2: La agencia autorizada de cuidado de acogida debe completar la sección a continuación.

La persona mencionada anteriormente busca obtener una autorización como proveedor de cuidado infantil en el hogar o solicita ser parte del personal que trabaja en dicho lugar. Además, ha indicado que solicitó, tuvo o tiene una licencia de cuidado de acogida. Proporcione la siguiente información a la División de Autorizaciones de la Oficina de la Primera Infancia de Connecticut (OEC).

1. ¿La persona mencionada anteriormente solicitó o tuvo alguna vez una licencia de cuidado de acogida?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es positiva, proporcione al OEC el estado de la licencia y la cantidad de niños en cuidado de acogida que la persona está autorizada a cuidar.

Comunica al OEC las inquietudes o recomendaciones que puedas tener con respecto a la influencia de los cuidados de acogida en los servicios de cuidado infantil en el hogar de esta persona.

Una vez completado este formulario, envíalo a la Unidad de Solicitudes de la División de Autorizaciones de la Oficina de la Primera Infancia de Connecticut (OEC). Si tienes alguna pregunta o inquietud sobre este formulario, puedes ponerte en contacto con la División de Autorizaciones directamente mediante la siguiente información de contacto.

Nombre (en letra imprenta) Firma Fecha: _____

Cargo (_____) N.º de teléfono

Teléfono: (860) 500-4450 · Fax: (860) 326-0552
450 Columbus Boulevard, Suite 302
Hartford, Connecticut 06103
www.ct.gov/oec

Empleador que cumple con las leyes de igualdad de oportunidades y acción afirmativa

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) PARA PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL

La sección 19a-79 de los Connecticut General Statutes (Estatutos Generales de Connecticut), modificados por la Public Act 19-105 (Ley Pública 19-105), y:

- La sección 19a-79-4a de los Regulations for Connecticut State Agencies (Reglamentos de las Agencias Estatales de Connecticut) exige que, cuando un **centro de cuidado infantil** se encuentre operativo, siempre deberá estar presente al menos un miembro del personal con certificación en reanimación cardiopulmonar (RCP). El personal de los programas de cuidado infantil que no requieran licencia, pero acepten Care4Kids (Programa de Asistencia para Cuidado de Niños) también deberá cumplir con este requisito; y
- la sección 19a-87b-6(c) de los Regulations for Connecticut State Agencies (Reglamentos de las Agencias Estatales de Connecticut) exige que el solicitante o proveedor del hogar de cuidado infantil familiar cuente con una certificación en reanimación cardiopulmonar (RCP).

La certificación anterior debe ser adecuada para todos los niños atendidos en el programa de cuidado infantil, debe basarse en una demostración práctica de la capacidad individual para proporcionar RCP y debe ser emitida por una de las siguientes organizaciones:

- **American Red Cross**
Comisión local 877-287-3327
Centro de capacitación y apoyo 800-Red Cross/800-733-2767
www.ctredcross.org
Nota: Para los fines de RCP, se considera adulto a cualquier persona de 12 años o más.
- **American Heart Association**
Número local 203-294-0088
Centro de atención nacional 877-AHA-4CPR
www.Americanheart.org
Nota: Para los fines de RCP, se considera adulto a cualquier persona al inicio de la pubertad.
- **American Safety & Health Institute**
1-800-447-3177
www.emergencycare.hsi.com o customerservice@hsi.com
Nota: Para los fines de RCP, se considera adulto a cualquier persona al inicio de la pubertad.
- **Medic First Aid**
1-800-447-3177
www.emergencycare.hsi.com o customerservice@hsi.com
Nota: Para los fines de RCP, se considera adulto a cualquier persona al inicio de la pubertad.
- **National Safety Council**
1-800-621-7615 x2336
www.nsc.org
Nota: Para los fines de RCP, se considera adulto a cualquier persona al inicio de la pubertad.
- **Una organización que utiliza las pautas para la RCP y la atención cardiovascular de emergencia publicadas por la American Heart Association (AHA) y el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).** En tales casos, debe haber una confirmación por escrito de que la organización sigue dichas pautas.

OFICINA DE LA PRIMERA INFANCIA DE CONNECTICUT CURSOS DE PRIMEROS AUXILIOS PARA EL CUIDADO INFANTIL FAMILIAR, 19 de marzo de 2021

***Ten en cuenta lo siguiente: Debes presentar la verificación de la certificación vigente de American Red Cross, American Heart Association, National Safety Council, American Safety and Health Institute, Medic First Aid International o una certificación vigente basada en un curso de primeros auxilios aprobado antes del 17 de marzo de 2018 por la Oficina de la Primera Infancia de Connecticut (OEC). Los cursos deben incluir una demostración práctica de su habilidad para proporcionar primeros auxilios.

PROVEEDORES DE CURSOS DE PRIMEROS AUXILIOS A NIVEL NACIONAL

CIUDAD	ASOCIACIONES	SITIO WEB	TÉLFONO/CONTACTO
A nivel nacional	American Heart Association	www.americanheart.org	1-888-277-5463
A nivel nacional	American Red Cross	www.ctredcross.org	1-800-733-2767
A nivel nacional	American Safety & Health Inst.	www.emergencycare.hsi.com	1-800-682-5067
A nivel nacional	Medic First Aid International, Inc.	www.emergencycare.hsi.com	1-800-800-7099
A nivel nacional	National Safety Council	www.nsc.org/safety-training/first-aid/courses	630-775-2336

OTROS CURSOS APROBADOS

CIUDAD	PROGRAMA	NOMBRE DEL CURSO	CORREO ELECTRÓNICO	TÉLFONO/CONTACTO
Coventry	First Aid Training for CT Child Care (Capacitación en primeros auxilios para el cuidado infantil en Connecticut)	First Aid Training for CT Child Care (Capacitación en primeros auxilios para el cuidado infantil en Connecticut)	https://firstaidct.webs.com/	860-836-5015 Stephanie Knutson goldKnut@yahoo.com
Guilford	VNA Community Health Care, Inc	First Aid Course for Day Care Providers (Curso de primeros auxilios para guarderías infantiles)		203-458-4233 Laurie Weinberg-Rockwell, R.N.
Guilford	Community Nurse Consultant Services (Servicios de consultoría en enfermería comunitaria)	First Aid for Child Care Providers (Primeros auxilios para proveedores de cuidado infantil)	bethcnc@gmail.com	203-533-9109 Beth Capobianco, RN
Hartford/Revere, MA	Pro Health Care Services, Inc.	First Aid and Safety for Infants and Children (Primeros auxilios y seguridad para bebés y niños) (disponible en español)	ggalindo54@hotmail.com	617-233-6573 Guillermo Galindo
Manchester	Programas Manchester CPR (RCP de Manchester)	First Aid for Child Care Providers & Parents (Primeros auxilios para proveedores de cuidado infantil y padres)	manchestercpr@gmail.com	860-474-3734 Dawn Sinclair
North Granby/Ellington Vernon	Nurse Consultants, LLC	First Aid for Child Care Providers (Primeros auxilios para proveedores de cuidado infantil)	info@nurseconsultantsllc.com Sitio web: NurseConsultantsLLC.com	860-500-9042 Robin Young-Cournoyer
	Eastern CT Health Network (Red de Salud de Connecticut del Este)	First Aid For Parents & Child Care Providers (Primeros auxilios para proveedores de cuidado infantil y padres)	ecrayton@echm.org	860-647-4790 Elizabeth Crayton
Wolcott	Heartbeats (Latidos)	First Aid Course for Day Care Providers (Curso de primeros auxilios para guarderías infantiles)	sheliaRN1@sbcglobal.net	203-910-2886 Sheila Kane
Woodbridge	Capasso, Renee A.	First Aid Course for Day Care Providers (Curso de primeros auxilios para guarderías infantiles)		203-387-6260 Renee Capasso

CONNECTICUT OFFICE OF EARLY CHILDHOOD

DIVISION OF LICENSING

ADULT MEDICAL STATEMENT for CHILD CARE

Please check one of the following boxes:

- ☐ Family Child Care Home Applicant
- ☐ Family Child Care Home Staff Assistant Applicant
- ☐ Family Child Care Home Staff Substitute Applicant
- ☐ Family Child Care Home Provider - License # _____ Expiration Date _____
- ☐ Family Child Care Home Staff Assistant – Approval # _____ Expiration Date _____
- ☐ Family child Care Home Staff Substitute – Approval # _____ Expiration Date _____
- ☐ Group Child Care Home Employee / Child Care Center Employee
- ☐ Adult Member of Household

Patient's Name _____ Phone # _____ Date of Birth ____/____/____

Street Address _____ Town _____ Zip Code _____

This section must be completed by a Physician, Physician Assistant or Advanced Practice Registered Nurse:

This medical clearance is an important requirement in child care licensing laws designed to protect the health, safety and welfare of the children in day care.

1. To the best of your knowledge, does this person have any medical or emotional illness or disorder that would currently pose a risk to children in their care or would interfere with or jeopardize a caregiver's ability to render proper care for children in the child care facility? ☐ YES ☐ NO

If yes, please explain: _____

2. Date of patient's MOST RECENT examination: _____

3. Required check for Tuberculosis: Tuberculin skin test Date _____ ☐ Positive ☐ Negative
(upon employment or initial application or Chest x-ray Date _____ ☐ Positive ☐ Negative
for Child Care Center and Group
Child Care Home staff ONLY)

4. Medical Provider's Information Name: _____
- Address: _____
- Phone #: _____

5. _____ / _____
- Signature of MD, APRN or PA Date



State of Connecticut



Early Childhood Health Assessment Record

To Parent or Guardian:

In order to provide the best experience, early childhood providers must understand your child's health needs. This form requests information from you (Part I) which will also be helpful to the health care provider when he or she completes the health evaluation (Part II). State law requires complete primary immunization and a health assessment by a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse, a physician assistant or the school medical advisor prior to entering an early childhood program in Connecticut.

Please print

Name of Child (Last, First, Middle)		Social Security Number	Birth Date	Sex
Address (Street)		Race/Ethnicity		
(Town and ZIP code)		☐ American Indian ☐ White, not of Hispanic origin		
		☐ Asian ☐ Hispanic/Latino		
		☐ Black, not of Hispanic origin ☐ Other		
Parent/Guardian (Last, First, Middle)		Home Phone Number	Work/Cell Phone Number	
Early Childhood Program			Program Phone Number	
Primary Health Care Provider	Preferred Hospital	Health Insurance Company/Number* or Medicaid/Number*		

* If applicable

If your child does not have health insurance, call 1-877-CT-HUSKY

Part I — To be completed by parent

**Important: Complete Part I before your child is examined.
Take this form with you to the health care provider's office.**

Please check answers to the following questions in columns on the left.

(Explain all "yes" answers in the space provided below.)

- | | Yes | No | |
|-----|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. | ☐ | ☐ | Do you have any concerns about your child's general health, development or behavior? |
| 2. | ☐ | ☐ | Has your child been diagnosed with any chronic disease ☐ asthma ☐ diabetes ☐ seizure disorder ☐ other _____ |
| 3. | ☐ | ☐ | Does your child have any allergies (food, insects, medication, latex, etc.)? Please specify: _____ |
| 4. | ☐ | ☐ | Does your child take any medications (daily or occasionally)? |
| 5. | ☐ | ☐ | Does your child have any problems with vision, hearing or speech (glasses, contacts, ear tubes, hearing aids)? |
| 6. | ☐ | ☐ | Has your child had any hospitalization, operation, major illness or injury, or significant accident? |
| 7. | ☐ | ☐ | In the last 12 months, has your child experienced any difficulty with wheezing or excessive night coughing? |
| 8. | ☐ | ☐ | In the last 12 months, has your child experienced any difficulty with excessive weight loss or weight gain, or excessive thirst or urination? |
| 9. | ☐ | ☐ | Has your child had a dental examination in the last 12 months? |
| 10. | ☐ | ☐ | Would you like to discuss anything about your child's health with the child care provider or health consultant/coordinator? |

Please explain any "yes" answers here. For illnesses/injuries/etc., include the year and/or your child's age at the time.

I give permission for release of information on this form for confidential use in meeting my child's health and educational needs in the early childhood program.

Signature of Parent/Guardian

Date

To the Health Care Provider: Please complete all sections and sign. Explain any screenings required by age but not conducted.

☐ Yes ☐ No Is this the child's Medical Home?	Next Appointment (mm/yy):	Next Immunization Appointment (mm/yy):
--	---------------------------	--

Oficina de la Primera Infancia de Connecticut
Division of Licensing (División de Autorizaciones)
Family Child Care (Cuidado infantil familiar)

Enviar a:

Office of Early Childhood-Family Child Care-Application Unit
450 Columbus Boulevard, Suite 302
Hartford, CT 06103

SOLICITUD DE REFERENCIAS

Para la siguiente persona:	Que solicita el puesto de:
nombre	☐ Cuidador infantil primario en un hogar de cuidado infantil familiar
dirección	
ciudad, código postal, estado	☐ Cuidador sustituto o asistente en un hogar de cuidado infantil familiar

Responde las siguientes preguntas:

1	¿Hace cuánto conoces al solicitante? (¿Qué periodo de tiempo?) _____ ¿En qué calidad? (¿familiar?, ¿amigo?, ¿empleado?, ¿vecino?) _____ ¿Cuánto conoces al solicitante? _____
2	¿El solicitante es capaz física y emocionalmente de proporcionar cuidados infantiles de manera responsable? COMENTARIOS:
3	¿El solicitante es capaz de proporcionar cuidados infantiles de manera confiable y constante? COMENTARIOS:
4	¿El solicitante es capaz de proporcionar comidas y refrigerios adecuados y nutritivos? COMENTARIOS:
5	¿El solicitante es capaz de mantener la calma en una situación de emergencia? COMENTARIOS:
6	¿Has observado a esta persona lidiando con comportamientos problemáticos de niños? ¿Cómo los trató?

7	En tu opinión, ¿la familia del solicitante es una familia estable y armoniosa? COMENTARIOS:	
8	¿Existe algún motivo por el que esta persona no debería cuidar de niños? COMENTARIOS:	
9	¿El solicitante demuestra un buen juicio con respecto a la supervisión y seguridad de los niños? COMENTARIOS:	
10	¿El solicitante demuestra interés y afecto por los niños? COMENTARIOS:	
11	¿El solicitante tiene una correcta comprensión de las necesidades de desarrollo individuales de los niños? COMENTARIOS:	
12	Complete este espacio con comentarios personales y observaciones.	
	Firma:	Nombre en letra de imprenta:
	Fecha:	Dirección:
	Teléfono:	Ciudad, estado, código postal:

Oficina de la Primera Infancia de Connecticut
Division of Licensing (División de Autorizaciones)
Family Child Care (Cuidado infantil familiar)

Enviar a:

Office of Early Childhood-Family Child Care-Application Unit
450 Columbus Boulevard, Suite 302
Hartford, CT 06103

SOLICITUD DE REFERENCIAS

Para la siguiente persona:	Que solicita el puesto de:
nombre	☐ Cuidador infantil primario en un hogar de cuidado infantil familiar
dirección	
ciudad, código postal, estado	☐ Cuidador sustituto o asistente en un hogar de cuidado infantil familiar

Responde las siguientes preguntas:

1	¿Hace cuánto conoces al solicitante? (¿Qué periodo de tiempo?) _____ ¿En qué calidad? (¿familiar?, ¿amigo?, ¿empleado?, ¿vecino?) _____ ¿Cuánto conoces al solicitante? _____
2	¿El solicitante es capaz física y emocionalmente de proporcionar cuidados infantiles de manera responsable? COMENTARIOS:
3	¿El solicitante es capaz de proporcionar cuidados infantiles de manera confiable y constante? COMENTARIOS:
4	¿El solicitante es capaz de proporcionar comidas y refrigerios adecuados y nutritivos? COMENTARIOS:
5	¿El solicitante es capaz de mantener la calma en una situación de emergencia? COMENTARIOS:
6	¿Has observado a esta persona lidiando con comportamientos problemáticos de niños? ¿Cómo los trató?

7	En tu opinión, ¿la familia del solicitante es una familia estable y armoniosa? COMENTARIOS:	
8	¿Existe algún motivo por el que esta persona no debería cuidar de niños? COMENTARIOS:	
9	¿El solicitante demuestra un buen juicio con respecto a la supervisión y seguridad de los niños? COMENTARIOS:	
10	¿El solicitante demuestra interés y afecto por los niños? COMENTARIOS:	
11	¿El solicitante tiene una correcta comprensión de las necesidades de desarrollo individuales de los niños? COMENTARIOS:	
12	Complete este espacio con comentarios personales y observaciones.	
	Firma:	Nombre en letra de imprenta:
	Fecha:	Dirección:
	Teléfono:	Ciudad, estado, código postal:

**Oficina de la Primera Infancia de Connecticut
Division of Licensing (División de Autorizaciones)
Family Child Care (Cuidado infantil familiar)**

Enviar a:

Office of Early Childhood-Family Child Care-Application Unit
450 Columbus Boulevard, Suite 302
Hartford, CT 06103

SOLICITUD DE REFERENCIAS

Para la siguiente persona:	Que solicita el puesto de:
nombre	☐ Cuidador infantil primario en un hogar de cuidado infantil familiar
dirección	
ciudad, código postal, estado	☐ Cuidador sustituto o asistente en un hogar de cuidado infantil familiar

Responde las siguientes preguntas:

1	¿Hace cuánto conoces al solicitante? (¿Qué periodo de tiempo?) _____ ¿En qué calidad? (¿familiar?, ¿amigo?, ¿empleado?, ¿vecino?) _____ ¿Cuánto conoces al solicitante? _____
2	¿El solicitante es capaz física y emocionalmente de proporcionar cuidados infantiles de manera responsable? COMENTARIOS:
3	¿El solicitante es capaz de proporcionar cuidados infantiles de manera confiable y constante? COMENTARIOS:
4	¿El solicitante es capaz de proporcionar comidas y refrigerios adecuados y nutritivos? COMENTARIOS:
5	¿El solicitante es capaz de mantener la calma en una situación de emergencia? COMENTARIOS:
6	¿Has observado a esta persona lidiando con comportamientos problemáticos de niños? ¿Cómo los trató?

7	En tu opinión, ¿la familia del solicitante es una familia estable y armoniosa? COMENTARIOS:	
8	¿Existe algún motivo por el que esta persona no debería cuidar de niños? COMENTARIOS:	
9	¿El solicitante demuestra un buen juicio con respecto a la supervisión y seguridad de los niños? COMENTARIOS:	
10	¿El solicitante demuestra interés y afecto por los niños? COMENTARIOS:	
11	¿El solicitante tiene una correcta comprensión de las necesidades de desarrollo individuales de los niños? COMENTARIOS:	
12	Complete este espacio con comentarios personales y observaciones.	
	Firma:	Nombre en letra de imprenta:
	Fecha:	Dirección:
	Teléfono:	Ciudad, estado, código postal: