



ESTADO DE CONNECTICUT



Para: Solicitantes para personal de proveedor de cuidado de niños en el hogar

De: Licensing Division

Gracias por su interés en convertirse en proveedor de cuidado de niños en el hogar. Siga las instrucciones a continuación para solicitar la aprobación.

El paquete de solicitud inicial consta de lo siguiente:

1. Formulario de tarifa de la solicitud inicial (incluida la tarifa): emita su cheque pagadero a "Treasurer State of Connecticut" (tesorero del estado de Connecticut). Esta tarifa no es reembolsable.
2. Solicitud inicial de autorización: asegúrese de responder todas las preguntas en su totalidad y de firmar la declaración de que ha leído y entendido los reglamentos.
3. Formulario Foster Care or Adoption Verification (Verificación de adopción o de cuidados de acogida): requerido si solicitó, tuvo alguna vez o tiene actualmente una autorización para cuidado de acogida o adopción en Connecticut o en algún otro estado.
4. Declaración médica del adulto para cuidado de niños: el examen físico debe ser del último año.
5. Referencias: presente tres formularios de solicitud de referencias completos, actualizados y firmados por los individuos (no más de un pariente) que lo conozcan hace al menos tres años.
6. Certificado de capacitación en primeros auxilios (solo para sustitutos): una copia de una certificación vigente de American Red Cross, American Heart Association, National Safety Council, American Safety and Health Institute o Medic First Aid International, Inc. o una certificación vigente basada en un curso de primeros auxilios aprobado antes del 17 de marzo de 2018 por la Oficina.
7. Certificado de capacitación en RCP (solo para sustitutos): una copia de una certificación vigente en RCP apropiada para todos los niños bajo la tutela del proveedor de cuidado de niños en el hogar.
8. Para completar las comprobaciones de antecedentes, visite el sitio web <https://resources.211childcare.org/backgroundcheck/> y elija el tipo de proveedor que se aplica a usted. Si tiene preguntas sobre el proceso de comprobaciones de antecedentes, póngase en contacto con el Background Check Information System (BCIS, Sistema de Información de Comprobación de Antecedentes) en <https://helpdesk.oecit.org/>

Lea y comprenda los reglamentos. Puede acceder a ellos en línea en www.ct.gov/oec o llamar al 800-282-6063 para solicitar una copia por correo. Además, vea nuestro video en línea titulado

("Mantener el cumplimiento: proveedores de cuidado de niños en el hogar"), donde obtendrá información valiosa.

Teléfono: (860) 500-
450 Columbus Boulevard, Suite 302
Hartford, Connecticut 06103
www.ctoec.org

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



ESTADO DE CONNECTICUT



Formulario de tarifa de solicitud para el personal de cuidado de niños

Con la solicitud, es necesario presentar la tarifa de autorización junto con este Formulario de facturación de tarifa de solicitud para el personal a fin de obtener una autorización para trabajar en hogares familiares de cuidado de niños. LA TARIFA DE \$15,00 NO ES REEMBOLSABLE.

Complete los puntos del 1 al 9 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, a la Oficina de la Primera Infancia de Connecticut a la dirección que se encuentra al final de este formulario.**

1. Nombre: _____

2. Dirección: _____, CT _____
Calle Ciudad/pueblo Código postal

3. Dirección postal (si es diferente): _____, CT _____
Calle Ciudad/pueblo Código postal

4. Número de teléfono particular: (____) ____-____ Número de teléfono celular: (____) ____-____

5. Dirección de correo electrónico: _____ 6. Fecha de vencimiento: _____
(solo para renovaciones)

7. Cheque/giro bancario adjunto: \$ _____ N.º de cheque: _____ Fecha del cheque: ____/____/____

8. N.º de seguro social: _____ - _____ - _____
(3 dígitos) (2 dígitos) (4 dígitos)

Importante: Si no proporcionó un número de seguro social arriba, explique por qué no lo ha hecho: _____

9. El pago es para el siguiente tipo de aprobación: *(marque una casilla a continuación)*

Personal auxiliar de proveedor de hogar familiar de cuidado de niños (Cuenta n.º: 42431)	Personal de reemplazo de proveedor de hogar familiar de cuidado de niños (Cuenta n.º: 42431)
<input type="checkbox"/> Aprobación de 2 años (nueva) \$15,00	<input type="checkbox"/> Aprobación de 2 años (nueva) \$15,00
<input type="checkbox"/> Aprobación de 2 años (renovación) \$15,00	<input type="checkbox"/> Aprobación de 2 años (renovación) \$15,00



ESTADO DE CONNECTICUT



OFICINA DE LA PRIMERA INFANCIA DE CONNECTICUT

División de Autorizaciones

SOLICITUD INICIAL PARA EL PERSONAL DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR

INFORMACIÓN GENERAL

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 del trabajo: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____
Dirección de correo electrónico: _____

Solicito el puesto de:

- SUSTITUTO, una persona mayor de veinte (20) años que puede asumir las responsabilidades del proveedor de servicios de guardería autorizado cuando dicho proveedor esté ausente.
- ASISTENTE, una persona mayor de dieciocho (18) años que puede ayudar al proveedor autorizado o al sustituto a cuidar de los niños en el centro autorizado mientras dicho proveedor o sustituto están presentes. (Un asistente le permite al proveedor cuidar de más niños menores de dos años).

Planeo trabajar para: Nombre del proveedor: _____ Ciudad: _____

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

4. Dirección postal: _____

5. Ciudad, pueblo, código postal: _____ CT _____
ciudad/pueblo código postal

6. Sí No ¿Solicitó alguna vez una autorización para guardería infantil en Connecticut o en algún otro estado? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

7. Sí No ¿Tuvo alguna vez una autorización para guardería infantil en Connecticut o en algún otro estado? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

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

Nombre de la agencia:

Dirección de la agencia:

Número de teléfono de la agencia:

8. Sí No ¿Solicitó alguna vez una autorización para cuidado de acogida o adopción en Connecticut o en algún otro estado? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

Nombre de la agencia:

Dirección de la agencia:

Número de teléfono de la agencia:

9. Sí No ¿Tuvo alguna vez una autorización para cuidado de acogida o adopción en Connecticut o en algún otro estado? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

Nombre de la agencia:

Dirección de la agencia:

Número de teléfono de la agencia:

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

Nombre del centro: _____

Dirección del centro: _____

Número de teléfono del centro: _____

11. Sí No ¿Se lo sentenció alguna vez por algún delito cometido en Connecticut o en algún otro estado? En caso afirmativo, indique cuál fue la sentencia, y cuándo y dónde se emitió:

12. Sí No ¿Tiene 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:

13. Sí No ¿Toma algún medicamento que podría afectar su capacidad de cuidar a los niños de manera adecuada? En caso afirmativo, explique:

14. Sí No ¿Alguna vez la policía o un trabajador de protección infantil retiraron a un niño (incluidos sus hijos biológicos, de acogida o adoptivos) de su cuidado? En caso afirmativo, explique:

15. Sí No ¿Lo investigaron o interrogaron alguna vez representantes del Department of Children and Families (DCF, Departamento de Niños y Familias) u otra agencia de protección infantil en relación con el cuidado de niños, incluido el supuesto abuso o negligencia infantiles, en Connecticut o en cualquier otro estado? En caso afirmativo, explique:

**OFICINA DE LA PRIMERA INFANCIA DE CONNECTICUT
División de Autorizaciones**

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Nombre del solicitante: _____
Primero Segundo Apellido

Dirección del centro: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Certifico que me familiaricé con las secciones 19a-87b-1 a 19a-87b-18 inclusive de los Regulations of Connecticut State Agencies (Reglamentos para Agencias Estatales de Connecticut) y que las leí y entendí, y acepto cumplirlas.

Le permitiré a la oficina acceso inmediato a las instalaciones durante el horario de funcionamiento habitual siempre que dicha oficina desee realizar una inspección. Entiendo que, si no permito el acceso inmediato a las instalaciones completas durante el horario de funcionamiento habitual, eso se considerará un incumplimiento significativo, y es un motivo automático para que el comisionado inicie un proceso de suspensión o revocación de la autorización.

Certifico que todos los niños inscritos con el proveedor de cuidado de niños en el hogar están al día con las vacunas o, en caso contrario, exentos según la sección 19a-87b-10(l) de los Regulations of Connecticut State Agencies para la autorización de los proveedores de cuidado de niños en el hogar.

AVISO DE SANCIÓN POR DECLARACIÓN FALSA

Entiendo que toda la información proporcionada en este formulario de solicitud o en cualquier declaración que acompañe a esta solicitud debe ser verdadera. Cualquier declaración falsa presentada en este documento es sancionable de acuerdo con la sección 53a-157b de los Connecticut General Statutes (Estatutos Generales de Connecticut), y también puede ser motivo de denegación de la autorización.

Entiendo las sanciones correspondientes por declaraciones falsas y certifico que mis declaraciones en esta solicitud son verdaderas a mi leal saber y entender.

X _____
(Firma del solicitante) (Fecha)

(Nombre en letra de imprenta)



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

**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	<input type="checkbox"/> Cuidador infantil primario en un hogar de cuidado infantil familiar
dirección	
ciudad, código postal, estado	<input type="checkbox"/> Cuidador sustituto o asistente en un hogar de cuidado infantil familiar

Responde las siguientes preguntas:

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

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	<input type="checkbox"/> Cuidador infantil primario en un hogar de cuidado infantil familiar
dirección	
ciudad, código postal, estado	<input type="checkbox"/> Cuidador sustituto o asistente en un hogar de cuidado infantil familiar

Responde las siguientes preguntas:

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

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	<input type="checkbox"/> Cuidador infantil primario en un hogar de cuidado infantil familiar
dirección	
ciudad, código postal, estado	<input type="checkbox"/> Cuidador sustituto o asistente en un hogar de cuidado infantil familiar

Responde las siguientes preguntas:

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

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

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	TELÉFONO/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	TELÉFONO/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)	bethccnc@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) <i>(disponible en español)</i>	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	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-Courmoyer
Vernon	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@echn.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