

**Uso del formulario:** El uso de este formulario no es requerido para Centros familiares de cuidado infantil, Centros de cuidado infantil grupal y Campamentos de verano; sin embargo, completar este formulario garantizará el cumplimiento con DCF 251.05(2)(a) y DCF 252.42(1). La información que permita la identificación personal obtenida en este formulario solo se usará para verificar el cumplimiento de las normas de licencia.

**Instrucciones para el empleado:** El miembro del personal/empleado deberá completar y firmar la Sección A y adjuntar toda la documentación necesaria (transcripciones, certificados, credenciales o certificados del registro de WI).

**Instrucciones para el empleador:** Al momento de la contratación, el licenciario deberá ingresar el puesto, la fecha de inicio de trabajo y las responsabilidades del empleado en la Sección B. El formulario completo y la documentación de respaldo deben colocarse en el archivo del personal. Si ocurren cambios en el puesto de trabajo (ascensos o pérdida del puesto), el licenciario debe registrar tal cambio en la Sección B.

**SECCIÓN A: EMPLEADO** (Debe completarla el miembro del personal/empleado)

**I. Información de contacto**

Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono (fijo o móvil)

**Contacto(s) de emergencia**

Nombre	Domicilio	Número de teléfono
a.		
b.		

**II. Educación** (adjuntar la prueba de calificación para el puesto)

Sí  No Secundaria completa Si la respuesta es "Sí", fecha de graduación: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela secundaria: \_\_\_\_\_

Sí  No GED Si la respuesta es "Sí", fecha de graduación: \_\_\_\_\_ Nombre de la agencia emisora: \_\_\_\_\_

**Calificaciones para el ingreso** (adjuntar páginas extra si es necesario)

Nombre (educación posterior al secundario, preuniversitario, universitario, preuniversitario técnico)	Fecha de inicio y fin	Título	Carrera, diplomatura, credencial
a.			
b.			
c.			

**Capacitación adicional sobre infancia temprana** (adjuntar páginas extra si es necesario)

Títulos de los cursos	Nombre del patrocinador/docente	Fecha de finalización del	Cantidad de
a.			
b.			
c.			

**III. Experiencia laboral en infancia temprana** (empezar por el empleador más reciente)

a. Nombre del empleador	Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono
Puesto	Responsabilidades del puesto	
Cant. de días trabajados por semana	Razón del fin del empleo	Fechas de empleo (mm/dd/aaaa)
b. Nombre del empleador	Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono
Puesto	Responsabilidades del puesto	
Cant. de días trabajados por semana	Razón del fin del empleo	Fechas de empleo (mm/dd/aaaa)
c. Nombre del empleador	Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono
Puesto	Responsabilidades del puesto	
Cant. de días trabajados por semana	Razón del fin del empleo	Fechas de empleo (mm/dd/aaaa)

**IV. Declaración**

Sí  No ¿Alguna vez le han revocado o denegado una licencia o certificación de cuidado infantil? Si la respuesta es "Sí", informe la fecha, el nombre y el número de teléfono de la agencia emisora de la licencia o certificación.

Doy fe de que la información que antecede es completa y precisa a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** – Miembro del personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha de firma

**SECCIÓN B: EMPLEADOR** (debe completarla el licenciario) **Nota:** La aprobación de elegibilidad preliminar con averiguación de antecedentes de DCF debe estar archivada antes de que los empleados comiencen a trabajar bajo supervisión. Los licenciarios no podrán contratar empleados cuya licencia de cuidado infantil haya sido revocada o negada en los 2 años previos.

**I. Información del puesto a cubrir**

Nombre del puesto a cubrir	Fecha de inicio de empleo (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona cuidará a lactantes y niños menores de tres años?	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona transportará a los niños bajo su cuidado?	<input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona se contará en la relación entre personal y niños?	

**II. Cambios en el puesto** (de tiempo parcial a completo, ascensos, etc.)

a. Cambio en el puesto	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)	Fecha de entrada en vigencia
b. Cambio en el puesto	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)	Fecha de entrada en vigencia
c. Cambio en el puesto	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)	Fecha de entrada en vigencia
d. Cambio en el puesto	<input type="checkbox"/> A tiempo completo (21 horas por semana o más) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (20 horas por semana o menos)	Fecha de entrada en vigencia