



Información del proveedor de cuidado infantil

Como parte de su inscripción en la lista de elegibilidad del programa de cuidado infantil subsidiado, se requiere que tengamos la información del proveedor que ha seleccionado para su(s) hijo(s). Cuidado y Educación Temprana (ECE) debe tener esta información para poder procesar su paquete de inscripción. Por favor llene este formulario y devuélvalo al miembro del personal de ECE asignado a su caso.

Si aún no ha seleccionado un proveedor, visite la lista de canalizaciones en línea (secureweb.rcoe.us/ONLINEREF) para buscar un proveedor o comuníquese con Resource & Referral llamando al 800-442-4927 o por correo electrónico a RandR@rcoe.us.

Nombre de un parente de familia o tutor legal: _____

Dirección del parente de familia o tutor legal: _____

Nombre(s) de(l) (los) menor(es): _____

Nombre del proveedor de cuidado infantil: _____

¿Su hijo recibe cuidado infantil de este proveedor actualmente? Sí No

En caso negativo, indique la fecha en la que desea que comience el cuidado infantil: _____

¿Ha verificado que este proveedor tiene espacio para servir a su hijo? Sí No Estamos en la lista de espera del proveedor

Tenga en cuenta que los padres son responsables de asegurarse de que el proveedor seleccionado tenga espacio(s) disponible(s) para el niño (o los niños) que necesite(n) servicios y el costo del cuidado no puede ser cubierto por ECE hasta que se tramite completamente la inscripción y el proveedor haya recibido certificados de cuidado infantil autorizando el inicio de los servicios.

Para proveedores de cuidado infantil con licencia profesional:

Número de licencia de cuidado infantil: _____ Dirección del proveedor: _____

Correo electrónico del proveedor: _____ Número de teléfono del proveedor: _____

Para proveedores sin licencia que sean familiares, amigos o vecinos (FFN):

Por favor indique la relación con el niño, ya sea por matrimonio, consanguinidad o adopción legal:

Abuelo Tía Tío No hay relación Otro pariente: _____

Fecha de nacimiento del proveedor: _____ Licencia de conducir o No. de Identificación estatal: _____

Dirección del proveedor: _____

Dirección donde se llevará a cabo el cuidado infantil: _____

Correo electrónico del proveedor: _____ Número de teléfono del proveedor: _____

Idiomas hablados del proveedor: _____

¿El proveedor FFN tiene otros niños en el hogar? Sí No

Para uso exclusivo de la oficina / For Office Use Only

- Date Received: _____
- Family ID: _____
- Program: _____
- Out of County Provider Approved by PDS
- In-Home Provider
- Guardian Check Completed
- Megan's Law Check Completed

- Completed Trustline Application Sent to CA
- Provider ID: _____
- APID Requested
- Input into CARE Completed
- APID Received
- All Required Documents Uploaded into CARE
- Liaison Informed of First Day of Care