

Licencia para el Cuidado del Niño del Condado de Hillsborough

3110 Clay Mangum Lane, Building 39

Tampa, Florida 33618

Teléfono: (813) 264-3925 Fax: (813) 264-2118

Solicitud de licencia para Hogar de Cuidado del Niño

(ESCRIBA A MÁQUINA O LETRA DE MOLDE LEGIBLE EN TINTA)

Instrucciones: Toda información en esta solicitud debe ser verdadera y correcta. No se aceptará una solicitud incompleta. Si tiene alguna pregunta con relación a esta solicitud, por favor contacte a la agencia de licencia.

Tipo de solicitud: Inicial Renovación* Cambio de dirección Cambio de nombre

***Sólo para renovaciones de licencia:** La renovación de esta licencia está condicionada al pago de cualquier multa anteriormente impuesta como una sanción contra esta licencia que no haya sido protestada, o que haya sido confirmada en una audiencia administrativa. Si al momento de solicitar la renovación de esta licencia existe una audiencia administrativa pendiente resultado de una propuesta de multa, ello no deberá afectar la renovación de esta licencia.

Nombre del proveedor(a)		Fecha de nacimiento	
Dirección		Ciudad	Código postal
Teléfono	Celular	Fax	Correo electrónico
Dirección postal (si corresponde)		Ciudad	Código postal

Dueño(a) de la propiedad: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de propiedad: Individual Sociedad (Se requieren documentos de la misma) Corporación (Se requieren documentos de la misma)

Si se utilizare un nombre ficticio o cualquier otro nombre de identificación, por favor provea el nombre aquí (y usted debe anexar una copia del formulario de inscripción del nombre ficticio ante el Departamento de Estado): _____

Miembros de la familia/otros que viven en la propiedad:

1. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____
2. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____
3. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____
4. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____
5. _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Acreditación: <input type="checkbox"/> Sí (Debe incluir una copia) <input type="checkbox"/> No
Rango de edad de los niños a servir: Sólo infantes <input type="checkbox"/> (Menores de 12 meses)
Infante a 5 años <input type="checkbox"/> Infante a 13 años <input type="checkbox"/> 5 a 13 años <input type="checkbox"/>
¿Se utilizará algún vehículo para excursiones, emergencias, etc.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Meses de operación: _____ a _____ Todo el año: <input type="checkbox"/>
Días de operación (Indique con un círculo) DOM LUN MAR MIE JUE VIE SAB
Cuidado diurno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiempo completo: <input type="checkbox"/> Medio día: <input type="checkbox"/>
Cuidado nocturno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuidado ocasional: <input type="checkbox"/> Antes del horario escolar: <input type="checkbox"/>
¿Se ofrecen alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Después del horario escolar: <input type="checkbox"/> Infantes: <input type="checkbox"/>

Como aplicante de la licencia para el cuidado de niños ¿Ha tenido usted alguna aplicación de dicha licencia que haya sido denegada, revocada, suspendida, multada o haya sido puesta bajo alguna acción disciplinaria, mientras operaba o era empleado(a) de un centro para el cuidado de niños en cualquier estado o jurisdicción? Si _____ No _____

Yo afirmo, bajo pena de perjurio, que a todos los miembros de la familia o las personas que residen con el proveedor(a), que tengan de 18 o más años de edad, y a todo el personal que figure bajo este Hogar de Cuidado del Niño, se hayan tomado las huellas digitales de acuerdo con los requisitos estipulados en los estatutos, y que todos los miembros de la familia o personas residiendo con el aplicante que tengan de 12 a 17 años de edad, se les haya efectuado el chequeo de antecedentes por el Departamento de "Florida Law Enforcement." Juro y afirmo que toda la información ofrecida en esta aplicación es completa y precisa, y comprendo que la falsificación de la información dada en esta aplicación es base para la denegación o revocación de la licencia para operar un Hogar de Cuidado del Niño.

Además, estoy de acuerdo en notificar a la Oficina para la Licencia de Cuidado del Niño del Condado de Hillsborough cualquier cambio en la información provista en esta aplicación.

Firma del proveedor(a)

Jurado y suscrito ante mí en este día _____ de _____, 20____.

Notario Público, Estado de Florida, Habilitado A quien conozco personalmente
 Quien me ha presentado una identificación

Mi comisión expira el: _____

Usted debe llenar la Autorización para la entrega de información (No-confidencial), o la Confirmación de estado estatutario confidencial, según corresponda, que aparecen en el reverso de esta solicitud.

