

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
CERTIFICACIÓN PARA EMPLEO DE EMERGENCIA PARA ADULTOS
 Programas de Cuidado Infantil

INSTRUCCIONES:

- Se requiere firmar este formulario.
- Por favor escriba en LETRA DE IMPRENTA.

Nombre de la persona:		Número de ID del establecimiento:	
Nombre del programa:		Fecha de nacimiento: / /	
Dirección del programa:			
<u>Tipo de programa:</u>	Cuidado Diurno Familiar, Cuidado Diurno Familiar Grupal, Centros Pequeños de Cuidado Infantil y Cuidado Informal Legalmente Exento	Centros de Cuidado Diurno, Cuidado de Niños en Edad Escolar y Cuidado Grupal Legalmente Exento	Todos los programas
<u>FUNCIÓN:</u>	<input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Sustituto (GFDC/FDC) <input type="checkbox"/> Asistente (GFDC/FDC) <input type="checkbox"/> Miembro del hogar	<input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Maestro de grupo (DCC/SACC) <input type="checkbox"/> Asistente de maestro (DCC/SACC) <input type="checkbox"/> Maestro (Grupo Legalmente Exento)	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario

Responsabilidades diarias típicas de cuidado infantil

- Levantar y transportar a niños
- Contacto cercano con niños
- Supervisión directa de niños
- Conductor de un vehículo
- Preparación de alimentos
- Trabajo de escritorio
- Mantenimiento del establecimiento
- Evacuación de niños en una emergencia

Lo que sigue debe ser completado SOLAMENTE por el individuo solicitante.

Estado médico

Actualmente no estoy exhibiendo síntomas de una enfermedad contagiosa que pondría en riesgo la salud y la seguridad de los niños bajo cuidado.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
No tengo un trastorno psiquiátrico o emocional diagnosticado que pondría en riesgo la salud y la seguridad de los niños bajo cuidado.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
No tengo una condición física que me impediría llevar a cabo las responsabilidades diarias típicas descritas anteriormente.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
No tengo ningún síntoma de una infección respiratoria (por ejemplo, tos, dolor de garganta, fiebre y falta de aliento).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
No he viajado a un país para el que CDC haya emitido una designación de Nivel 2 ó Nivel 3 en los últimos 14 días.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
No he tenido contacto con ninguna persona bajo investigación (PUI por sus siglas en inglés) para COVID-19 dentro de los últimos 14 días o con ninguna persona confirmada de tener COVID-19.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

CERTIFICACIÓN DE ANTECEDENTES CRIMINALES

Certifico que a mi mejor conocimiento y entender:

YO HE YO NO HE sido sentenciado por un crimen en el estado de Nueva York u otra jurisdicción.

(Solo un crimen o un delito mayor o menor; esto no incluye infracciones. No necesita divulgar crímenes al que un tribunal haya designado el estado de "Ofensor Juvenil"

A mi mejor conocimiento, la información proporcionada es verdadera y exacta. Yo entiendo que mi falta de declarar con veracidad y exactitud la información a continuación puede constituir motivo de despido o denegación de empleo; o suspensión, limitación o revocación de la licencia o registro para proporcionar cuidado infantil.

Firma (Individuo)	Título/Función / /
Nombre (en letra de impreta clara)	Fecha de la firma