

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS DEL
RENOVACIÓN DE VERIFICACIÓN INTEGRAL DE ANTECEDENTES

**FORMULARIOS REQUERIDOS Y LISTA DE AUTORIZACIÓN
PROGRAMAS DE CUIDADO INFANTIL**

Las leyes federales y estatales que entraron en vigor en septiembre de 2019 exigen una verificación integral de antecedentes (Comprehensive Background Check, CBC) para las personas en programas de cuidado infantil. Una verificación de antecedentes aprobada por el CBC es válida por hasta cinco (5) años. El proceso de renovación de CBC comenzará aproximadamente 364 días antes de que expire la aprobación actual de CBC para proveedores, empleados, voluntarios, directores y miembros del hogar de cuidado infantil familiar mayores de 18 años con licencia/registrados.

- Todas las verificaciones de antecedentes integrales de personas asociadas con programas registrados y con licencia deben completarse electrónicamente en el Sistema de Gestión y Solicitud de Instalaciones (Facility Application and Management System, FAMS). Su usuario autorizado de FAMS puede acceder al sistema a través de la cuenta MY.NY.GOV de sus programas. Toda la documentación requerida a continuación estará disponible para enviarse electrónicamente dentro del sistema FAMS. Si no puede acceder al sistema FAMS, comuníquese con el regulador de su programa o envíe un correo electrónico a ocfs.sm.FAMSCBCHelp@ocfs.ny.gov.
- Las solicitudes iniciales que hayan sido recibidas por la oficina regional podrán ingresar la información de autorización CBC de su personal en FAMS.

El proceso de renovación de CBC comienza con la reinscripción para proveedores, empleados, voluntarios, directores y miembros del hogar de cuidado infantil familiar mayores de 18 años legalmente exentos (no relacionados con ningún niño bajo cuidado).

- **Proveedores de cuidado infantil informal legalmente exento*, personal y miembros del hogar de cuidado infantil familiar legalmente exento de 18 años o más****: Envíe todos los formularios requeridos que se enumeran a continuación a su agencia de inscripción. Programe una cita para la toma de huellas dactilares, siguiendo las instrucciones del formulario **OCFS-4930**. Sus autorizaciones **NO** serán procesadas sin pago.

**Los proveedores de cuidado infantil informal legalmente exento que están relacionados con TODOS los niños bajo cuidado como abuelos, bisabuelos, hermanos (que residen en una residencia separada), tía o tío están exentos de los requisitos integrales de verificación de antecedentes, al igual que su personal y voluntarios. .*

***Los miembros del hogar de cuidado infantil familiar legalmente exentos de 18 años o más que estén relacionados de alguna manera con TODOS los niños bajo cuidado están exentos de los requisitos de verificación de antecedentes integrales.*

Los siguientes formularios son necesarios para **TODAS** las renovaciones de CBC y deben enviarse a la persona adecuada en su instalación registrada/con licencia:

LDSS-3370: *Verificación de datos del Registro Central del Estado* (incluye el formulario y las instrucciones para completar la versión de la División de Servicios de Cuidado Infantil)

OCFS-6001: *Información de Proveedores de Cuidado Infantil, Personal, Voluntarios y Miembros del Hogar*

OCFS-6005: *Declaración de Condena Penal* (**Este formulario no es necesario para proveedores legalmente exentos*).

OCFS-6022: *Solicitud de Verificación de la Lista de Exclusión del Personal (SEL)*

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
SOLICITUD DE SERVICIOS DE HUELLAS DACTILARES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK
Programas de Cuidado Infantil

Conforme a la ley del estado de Nueva York y regulaciones de cuidado infantil de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (OCFS), se requiere que el propietario/operador, director, proveedor en el centro de cuidado infantil, supervisores del centro, asistentes, sustitutos, empleados, voluntarios y miembros del hogar mayores de 18 años en programas familiares/grupales familiares, envíe(n) imágenes de huellas dactilares.

1. Es posible que no sea necesario volver a tomar las huellas dactilares de cualquier persona a la que se le haya tomado las huellas previamente y que haya sido aprobada por la OCFS para los fines del cuidado infantil diurno. Usted puede ser elegible para una exención. Comuníquese con su licenciante/registrator antes de continuar:
 - Si el solicitante fue aprobado previamente para el cuidado infantil diurno y no ha tenido una interrupción en el servicio de un programa por más de 180 días, es posible que no sea necesario que se le tome las huellas dactilares nuevamente.
2. Si la OCFS no le ha tomado las huellas dactilares a alguien antes, la persona debe ir a un centro de imágenes digitales autorizado en el estado de Nueva York.
 - **Programa una cita llamando al 877-472-6915 o ingresando al sitio web:**
<https://uenroll.identogo.com/workflows/15441V>
3. **Programa o administre una cita en línea**

Vaya al sitio web de [Identogo](https://www.identogo.com).

Seleccione "Schedule of Manage Appointment" (Programar o Administrar Cita).

Se le pedirá que proporcione información de identificación personal e información del programa de cuidado infantil diurno:

- Ingrese la información demográfica y de dirección requerida.
- Seleccione el rol apropiado que asumirá en el programa de cuidado infantil diurno.
- Asegúrese de haber ingresado correctamente el número de identificación del establecimiento/agencia y el nombre/dirección del establecimiento. El número de identificación del establecimiento/agencia es el número de licencia/registro asignado al programa para el cual está solicitando.
- Seleccione qué forma de identificación llevará a la cita.
- Busque los centros de inscripción disponibles ingresando el código postal, la ciudad y el estado o el código del aeropuerto.
- Seleccione la ubicación que sea conveniente para usted y programe una cita.

El día de la cita de toma de huellas dactilares:

- Cada persona debe traer una identificación apropiada (ID) como se indica a continuación. No se permitirá la toma de huellas dactilares sin la identificación apropiada.
- Se le puede tomar una fotografía, y se validará su identificación

Formas de identificación aceptables para traer a su cita (deben ser válidas y no vencidas):

- Licencia de conducir emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos
- Permiso de conducir emitido por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación emitida por una agencia gubernamental federal, estatal o local, o por un territorio de los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación estatal (o posesión periférica de los Estados Unidos) con un sello o logotipo del estado o agencia estatal
- Licencia de conducir comercial, emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos
- Tarjeta de acceso común del Departamento de Defensa
- Documento de autorización de empleo que contiene una fotografía
- Licencia de conducir extranjera (México y Canadá solamente)
- Pasaporte extranjero
- Tarjeta de identificación de un dependiente de un militar
- Tarjeta de un residente permanente o tarjeta de registro de extranjero (formulario 1-551)
- Credencial de marino mercante del servicio de guardacostas de los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación militar de los Estados Unidos
- Pasaporte de los Estados Unidos
- Tarjeta de una tribu de los Estados Unidos (sólo tarjeta con características de seguridad o “enhanced”) o tarjeta de identificación del Negociado de Asuntos de Indios Americanos
- Visa de los Estados Unidos emitida por el Departamento de Asuntos Consulares de los Estados Unidos para viajar a o dentro de, o residir en, los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación de los Servicios Uniformados de los Estados Unidos (formulario DD-1172-2)

Identificación si la persona es menor de 18 años y no hay otro documento disponible:

Las personas menores de 18 años de edad que no puedan presentar un documento aceptable con fotografía, listado anteriormente, tendrán que presentar una tarjeta de Seguro Social o un certificado de nacimiento. El formulario [New York Photo ID Waiver for Minors](#). (*Exención de Identificación con Foto para Menores en Nueva York*), desarrollado por la División de Servicios de Justicia Criminal, debe ser completado y firmado por un padre/madre o tutor(a) en **inglés** en el momento de tomarse las huellas dactilares en el lugar de la toma de huellas. La versión que compartimos en español en este enlace [Exención de Identificación con Foto para Menores en Nueva York](#) es solo para su información.

No firme este formulario por adelantado.

NOTA: *El personal con huellas dactilares en el archivo de la OCFS puede ser elegible para la exención. Contacte al licenciante/registrante o al director del programa para más información.*

Solicitantes cuyas huellas dactilares son difíciles de obtener

Comuníquese con su regulador para obtener ayuda si alguien tiene dificultades para tomar sus huellas dactilares debido a una discapacidad o condición médica

Declaración de la Ley de Privacidad de la Oficina Federal de Investigaciones:

Declaración de la Ley de Privacidad: Esta declaración de la ley de privacidad se encuentra en el reverso de la tarjeta de huellas dactilares FD-258.

Autoridad: La adquisición, preservación e intercambio de huellas dactilares e información asociada por parte del FBI generalmente está autorizada bajo 28 U.S.C. 534. Según la naturaleza de su solicitud, las autoridades complementarias incluyen estatutos federales, estatutos estatales de conformidad con la Pub. L. 92-544, órdenes ejecutivas presidenciales y reglamentos federales. El proporcionar sus huellas dactilares y la información asociada es voluntario; sin embargo, el no hacerlo puede afectar la finalización o aprobación de su solicitud.

Propósito principal: Ciertas determinaciones, como empleo, licencias y autorizaciones de seguridad, pueden basarse en verificaciones de antecedentes basadas en huellas dactilares. Sus huellas dactilares y la información/datos biométricos asociados se pueden proporcionar a la agencia de empleo, investigación o responsable de otro modo, y/o al FBI con el fin de comparar sus huellas dactilares con otras huellas dactilares en el sistema de identificación de próxima generación (Next Generation Identification, NGI) del FBI o sus sistemas sucesores. (incluidos los depósitos de huellas dactilares civiles, penales y latentes) u otros registros disponibles de la agencia empleadora, investigadora o responsable. El FBI puede retener sus huellas dactilares y la información/biometría asociada en NGI después de completar esta solicitud, y mientras se retengan, sus huellas dactilares pueden continuar comparándose con otras huellas dactilares enviadas o retenidas por NGI.

Usos de rutina: Durante el procesamiento de esta solicitud y durante el tiempo posterior que sus huellas dactilares y la información/biometría asociada se conserven en NGI, su información puede divulgarse de conformidad con su consentimiento y puede divulgarse sin su consentimiento según lo permite la Ley de Privacidad de 1974 y todos los usos rutinarios aplicables que puedan publicarse en cualquier momento en el Registro Federal, incluidos los usos rutinarios del sistema NGI y los usos rutinarios generales del FBI. Los usos de rutina incluyen, entre otros, divulgaciones a agencias de empleo, gubernamentales o no gubernamentales autorizadas que son responsables del empleo, la contratación, la concesión de licencias, las autorizaciones de seguridad y otras determinaciones de idoneidad; agencias policiales locales, estatales, tribales o federales; agencias de justicia penal; y agencias responsables de la seguridad nacional o la seguridad pública.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**INFORMACIÓN DE PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL, PERSONAL, VOLUNTARIOS Y MIEMBROS DEL HOGAR**
Programas de Cuidado Infantil**INSTRUCCIONES:**

- Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA**. Este formulario DEBE ser completado por cada solicitante de cuidado infantil, ya sea proveedor, personal, voluntario y miembro del hogar.
- Si no está seguro(a) del rol o de la función que debe escoger, refiérase a las regulaciones de cuidado diurno infantil y/o consulte con su licenciante, registrador o agente de registro legalmente exento.
- **Enumere todos los números de ID de establecimientos con los que desea que sus huellas dactilares estén asociadas.**

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

NOMBRE DEL PROGRAMA:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID) DEL ESTABLECIMIENTO:
NÚMERO DE ID DE LOS PROGRAMAS CON LOS QUE USTED DESEA QUE SUS HUELLAS DACTILARES ESTÉN ASOCIADAS: , , , , , , , , , , , , , , ,	
NOMBRE DEL CONTACTO COMERCIAL:	
NUMERO DE TELÉFONO: () -	CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE PROGRAMA:	Cuidado Diurno Familiar, Cuidado Diurno Grupal, Centro Pequeño de Cuidado Diurno, Cuidado Informal Legalmente Exento	Centro de Cuidado Diurno y Cuidado de Niños en Edad Escolar, Grupo Legalmente Exento	Todos los Programas
ROL O FUNCIÓN:	<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 (DCCS/SACC) <input type="checkbox"/> Asistente del Maestro (DCC/SACC) <input type="checkbox"/> Maestro (GRUPO LE)	<input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Empleado

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE COMPLETO (Primer, Inicial, Apellido):			
FECHA DE NACIMIENTO: / /		GÉNERO:	
DIRECCIÓN:		APTO:	PISO:
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL (CP):
TELÉFONO:		CORREO ELECTRÓNICO:	

¿Ha sido conocido por otro nombre alguna vez? Sí No

Si **SÍ**, indique todos los nombres conocidos (incluso nombre de soltera[o], alias, pseudónimos)

¿Ha vivido fuera del estado de Nueva York durante los últimos cinco años? Haber vivido en otro país anteriormente no se aplica. Sí No

Si **SÍ**, complete la página 2 de este formulario e ingrese todas las direcciones fuera del estado donde usted vivió en los últimos cinco años, incluyendo territorios de los EE.UU.

Si **NO**, no necesita completar la página 2.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL* DEL SOLICITANTE: _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE: _____

DIRECCIONES FUERA DEL ESTADO (5 AÑOS PREVIOS)

- ESCRIBA CLARAMENTE.
- PUEDE QUE SE LE SOLICITE PRESENTAR FORMULARIOS ADICIONALES RELATIVOS A VERIFICACIONES DE ANTECEDENTES FUERA DEL ESTADO.

Direcciones domiciliarias anteriores	Ciudad	Estado	CP	De (Mes/Año)	A (Mes/Año)
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/
				/	/

* Número de cuenta del Seguro Social (*Social Security Account Number -SSAN*): De conformidad con la Ley de Privacidad de 1974, cualquier agencia del gobierno federal, estatal o local que solicite que una persona revele su SSAN es responsable de informar a la persona si la divulgación es obligatoria o voluntaria, indicar qué autoridad estatuaría u otra autoridad solicita el SSAN, y para qué propósitos se lo utilizará. En este caso, el SSAN se solicita de conformidad con 42 USC §9858f y la Ley de Servicios Sociales del Estado de Nueva York §390-b, y se utilizará como identificador único para confirmar su identidad en otros estados y territorios, debido a que muchas personas tienen el mismo nombre y fecha de nacimiento. La divulgación de su SSAN es voluntaria; sin embargo, no revelar su SSAN puede afectar la finalización o aprobación de su solicitud.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
DECLARACIÓN DE CONDENA PENAL
PROGRAMAS DE CUIDADO DIURNO INFANTIL

Instrucciones:

- **TODOS** los solicitantes para licenciatura o registro, personal, voluntarios y miembros del hogar de 18 años de edad o más deben completar y firmar la Declaración de Condena Penal.
- Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA**.

NOMBRE DEL PROGRAMA:
NOMBRE DE LA PERSONA:

NÚMERO DE ID DEL ESTABLECIMIENTO:
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año):

CERTIFICACIÓN

Certifico que a mi leal saber y entender:

YO HE **YO NO HE sido condenado por un delito menor o un delito en el estado de Nueva York u otra jurisdicción.**

(Un delito se refiere a un delito menor o un delito grave; esto no incluye infracciones. No es necesario que revele los delitos que el tribunal designó con el estado de "Delincuente Juvenil").

A mi mejor entender y conocimiento, la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa. Entiendo que si no declaro con veracidad y precisión si he sido condenado por un delito, esto puede constituir un motivo de despido o denegación de empleo, o suspensión, limitación o revocación de la licencia o registro para proporcionar cuidado infantil en este lugar.

FIRMA: _____ FECHA: (mes/día/año): ____ / ____ / ____

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE LA LISTA DE EXCLUSIÓN DE PERSONAL
Programas de Cuidado Diurno Infantil

NOMBRE DEL PROGRAMA:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:

El Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales del Estado de Nueva York (*New York State Justice Center for the Protection of People with Special Needs*) (Centro de Justicia) preserva un Registro Central de Personal Vulnerables (*Vulnerable Persons Central Register*). Ese registro incluye la Lista de Exclusión de Personal (*Staff Exclusion List*, SEL) que contiene los nombres de los individuos que han cometido actos graves de abuso. La SEL debe ser verificada como parte del proceso de verificación de antecedentes exhaustiva en el formulario **OCFS-6000**.

Instrucciones:

- Este formulario se usa para verificar la Lista de Exclusión de Personal del Centro de Justicia.
- Para determinar dónde presentar este formulario, identifique el tipo de programa y el cargo del individuo en la lista de abajo.

Tipo de programa/Papel o función en el programa	Dónde presentarlo
Cuidado Diurno Familiar, Cuidado Diurno Grupal y Centro Pequeño de Cuidado Diurno (Personal, Voluntarios y Miembros del Hogar de 18 Años y Más)	Al licenciante/registrador del programa
Centro de Cuidado Diurno y Cuidado de Niños en Edad Escolar (Directores)	Al licenciante/registrador del programa
Centro de Cuidado Diurno, Programa de Grupo Legalmente Exento y Cuidado de Niños en Edad Escolar (Personal y Voluntarios)	Al director del programa
Directores de Programas de Grupo Legalmente Exentos, Cuidado Infantil Informal Legalmente Exento (Proveedores, Personal, Voluntarios y Miembros del Hogar de 18 Años y Más)	A la agencia de inscripción del programa

Si el individuo aparece en la SEL, se tomará una decisión referente a su contrato o permiso para tener contacto regular y sustancial con niños en los programas de cuidado infantil.

Complete toda la información de abajo. Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA** para evitar retrasos en el procesamiento.

Primer nombre: _____

Apellido: _____

Inicial: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____

Fecha de nacimiento: Solo si el número de Seguro Social o el registro de extranjero no está disponible:

____ / ____ / ____

Número de registro extranjero: Solo si el número de Seguro Social no está disponible: _____

Cargo para el que solicitó: _____

Instrucciones para Completar el Formulario de Verificación de Datos del Registro Central de Abuso y Maltrato Infantil del Estado de Nueva York - LDSS-3370 (Versión de DCCS)

TODA la información en el formulario **LDSS-3370-S** (versión DCCS) debe leerse con facilidad de manera que el ingreso de datos y los resultados sean acertados. Cada formulario **LDSS-3370 de Verificación de Datos del Registro Central del Estado (Statewide Central Register Database Check-SCR)** que se haya presentado debe ser revisada para asegurar su integridad y legibilidad por el coordinador(a) del programa o de la agencia. Si el formulario es incompleto o ilegible, se devolverá a la agencia para que sea corregido.

LA MANERA APROPIADA DE COMPLETAR EL FORMULARIO:

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA

PRIMERA LÍNEA DEL FORMULARIO

- Los tres dígitos del código de la agencia deben ser colocados en la casilla izquierda, seguidos de la Identificación (ID) del Recurso (*Resource ID*, RID) en la casilla siguiente a la derecha. (Contacte a la agencia encargada de otorgar licencias si hay preguntas sobre esto).
- Los proveedores de cuidado diurno deben colocar su número del Sistema de Establecimientos de Cuidado Infantil (*Child Care Facility System-CCFS*) en la casilla siguiente a la Identificación del Recurso (RID), en vez del número de RID. (Contacte a la agencia encargada de otorgar licencias/oficina regional si tiene preguntas sobre esto).
- El código de letras de la Categoría de Autorización (vea el reverso del formulario LDSS-3370, versión DCCS) debe ser colocado en la casilla del medio.
- El número de teléfono (con prefijo) facilita que el SCR contacte al coordinador(a) de la agencia si es necesario.
- La casilla de RID es solo para el uso del SCR.

ÁREA PARA LA DIRECCIÓN DE LA AGENCIA

- Nombre de la Agencia: Por favor use el nombre completo, sin abreviaturas.
- Coordinador de la Agencia es la persona de contacto en la agencia que está haciendo la investigación. (La respuesta del SCR se dirigirá al coordinador.) **El coordinador no puede ser el solicitante o un familiar del solicitante.**
- Dirección de la Agencia: **Debe** incluir la calle y la ciudad.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

AREA DEL SOLICITANTE/MIEMBRO DEL HOGAR

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, ADULTOS Y NIÑOS, YA SEAN CON PARENTESCO AL SOLICITANTE O NO, TIENEN QUE SER LISTADOS EN ESTA PARTE DEL FORMULARIO.

Recuerde de **escribir claramente o usando una computadora** toda la información para asistir en la obtención de una respuesta acertada. Indique todos los nombres empezando con el apellido, seguido del primer nombre y luego el nombre medio.

- Primera línea: Nombre del solicitante. Si hay más que un solicitante, indique los nombres adicionales en las líneas debajo de la línea del nombre de soltero(a).
- Segunda línea: Cualquier nombre de soltero(a), nombres de casada(o), o alias por lo(s) que el solicitante es conocido(a). Use líneas adicionales si hay más de un nombre/nombre de casada(o) o alias que deben listarse.
- Líneas restantes: Nombres de todos los otros miembros del hogar (Adjunte una página adicional si es necesario).

SI NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, MARQUE LA CASILLA QUE INDICA QUE NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR.

- Primera columna: Indique el parentesco con el solicitante de cada persona indicada (esposo(a), hijo(a), madre, padre, amigo(a), etc.).
- Columna del género M/F: Indique ya sea M (Masculino) o F (Femenino) para cada persona listada.
- Columna de la fecha de nacimiento: Indique la fecha completa de nacimiento (mm/dd/aaaa) para cada persona enumerada en el formulario.

AREA DE LA DIRECCION:

- La información requerida varía dependiendo de la categoría (vea el reverso de este formulario para las categorías).
- Para Adopción, Cuidado de Crianza y Cuidado Diurno Familiar (o en ambiente familiar) o Cuidado Diurno Grupal, provea direcciones para el solicitante y cualquier miembro del hogar de 18 años de edad y más. Para Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento, provea direcciones para el solicitante y cualquier otro miembro de 18 o más años de edad, a menos que el miembro del hogar esté relacionado de alguna manera con todos los niños bajo cuidado. **Esta información debe cubrir los últimos 28 años.** Adjunte páginas suplementarias si es necesario, pero **no use** otro formulario LDSS-3370 (versión DCCS) para añadir información adicional. Asegúrese de asociar el historial de direcciones con individuos específicos (i.e., indique qué direcciones pertenecen o emparejan con qué miembros del hogar).
- Para todas las otras categorías, solo se necesita el historial de las direcciones del solicitante **por los últimos 28 años.**
- Direcciones completas son necesarias. Incluya el nombre de la calle, el número de la calle, apartamento y ciudad/pueblo/villa. **Los números de casillas postales no son aceptables.** Si el solicitante ha vivido afuera, indique el país y las fechas de residencia (mes(es)/año[s]).
- Si el solicitante ha pasado tiempo en servicio militar, indique los nombres de la(s) base(s) y su(s) localidad(es) con fechas (mes(es)/año[s]).
- **Asegúrese de que no haya períodos de tiempo sin explicación.**
- La línea superior es para la dirección actual. La dirección previa debe indicarse en la segunda línea hacia abajo, continuando en el reverso del formulario para los últimos 28 años. Engrape la página suplementaria al formulario si necesita más espacio, pero **no use** otra copia del formulario LDSS-3370 (versión DCCS) para esta información adicional.

AREA DE LA FIRMA:

- Las firmas son requeridas dependiendo de las categorías (vea el reverso del formulario para las categorías).
- Para Adopción, Cuidado de Crianza y Cuidado Diurno Familiar (o en ambiente familiar) o Cuidado Diurno Grupal, se necesitan firmas del solicitante y de cualquier miembro del hogar de 18 años de edad o más. Para Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento se necesitan firmas del solicitante y de cualquier otro miembro del hogar de 18 o más años de edad, a menos que el miembro del hogar esté relacionado de alguna manera con todos los niños bajo cuidado.
- Para todas las otras categorías solo la firma del solicitante es requerida.
- Todas las firmas deben corresponder con los nombres indicados en el área del Solicitante/Miembro del Hogar. Por ejemplo; Mary Smith no debería firmar Mary Ann Smith. Victoria Smith no debería firmar Vicki.
- Los solicitantes deben firmar en las casillas marcadas Firma del Solicitante; los miembros del hogar de 18 años de edad o más que no son solicitantes **deben** firmar en la(s) casilla(s) en la parte más inferior de la página marcada Firma.
- Todas las firmas deben ser fechadas (mm/dd/aaaa). **El SCR no aceptará un formulario con una fecha de la firma de más de seis meses.**

Si tiene preguntas acerca de cómo completar este formulario, **por favor llame al SCR al 518-474-5297.**

ENVÍE SU FORMULARIO LDSS-3370 (VERSIÓN DCCS) A LA PERSONA INDICADA EN EL FORMULARIO OCFS-6000. INCLUYA LA CUOTA REQUERIDA PARA CADA SOLICITANTE DE EMPLEO PARA SER UN PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.

PARA ORDERNAR EL FORMULARIO LDSS-3370-S (Versión DCCS):

Por favor obtenga acceso al formulario **OCFS-4627, Request for Forms and Publications (Solicitud de Formularios y Publicaciones)**, del intranet: http://ocfs.state.nyenet/admin/forms/Management_Services/ o del Internet: http://ocfs.ny.gov/main/documents/forms_keyword.asp, y envíe el formulario **OCFS-4627** debidamente completado a la: **NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, FORMS AND PUBLICATIONS UNIT, 52 WASHINGTON ST., ROOM 116 SOUTH, RENSSELAER, NY 12144.**

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
VERIFICACIÓN DE DATOS DEL REGISTRO CENTRAL DEL ESTADO
Uso de la Agencia Solamente

SÓLO PARA EL SCR

I.D. DE LA SOLICITUD:

DEBEN COMPLETARSE TODAS LAS AREAS. POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O POR COMPUTADORA.

CODIGO DE LA AGENCIA	I.D. DE RECURSO (RID)	NO. DEL SISTEMA DEL ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO INFANTIL (CCFS)	CATEGORÍA (Use códigos alpha del reverso)	NO. DE TELÉFONO (Prefijo) () -
ESCRIBA ABAJO LA DIRECCIÓN ASOCIADA CON SU NÚMERO RID/CCFS:			<p>Las clasificaciones particulares de las personas que deben o pueden ser examinadas se establecen en el reverso de este documento. Los códigos alpha para completar la casilla "Categoría" de arriba también se encuentran en el reverso de este formulario.</p> <p>PARA TODAS LAS CATEGORIAS: Complete lo siguiente para usted mismo(a), su esposa(o), sus hijos y cualquier otra persona que esté viviendo en su hogar en este momento: ASEGURESE DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALIAS/CASADO QUE SE APLIQUEN. SI NINGUNA SE APLICA, INDIQUE "NINGUNA". Indique la RELACIÓN en los campos de abajo (<i>vea el reverso para instrucciones</i>). Adjunte páginas adicionales si es necesario.</p>	
NOMBRE DE AGENCIA:				
COORD. DE AGENCIA				
DIRECCION:				
CIUDAD:	ESTADO:	ZONA POSTAL:		

El propósito de coleccionar datos demográficos de *otras personas en su hogar* que no son evaluadas de acuerdo con la Sección 424-a de la Ley de Servicios Sociales es permitir que la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York identifique con la mayor exactitud posible si la(s) persona(s) que está(n) siendo evaluadas es/son el sujeto de un informe de abuso o maltrato infantil indicado. El uso de esta información de manera discriminatoria es contrario a la Ley de Derechos Humanos.

SOLICITANTE/MIEMBRO DEL HOGAR**FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRAS DE IMPRENTA O POR COMPUTADORA**
 SI NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, POR FAVOR MARQUE ESTA CASILLA.

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	GÉNERO M/F	FECHA DE NACIMIENTO		
				Mes	Día	Año
SOLICITANTE			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
NOMBRE DE SOLTERO(A)/ ALIAS/CASADO(A)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Por favor provea su dirección actual y cualquier otra dirección en la que usted haya vivido por los últimos 28 años, incluyendo la calle, número de la calle, la ciudad y el estado. Para Adopción, Cuidado de Crianza, Cuidado Diurno Familiar (o en ambiente familiar) y Grupal y Cuidado Familiar Legalmente Exento también incluya el mismo historial de datos para miembros del hogar de 18 años de edad o más.

DIRECCION RESIDENCIAL ACTUAL	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/
DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/
DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/
DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/
DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/

Afirmo que toda la información provista en este formulario es verdadera a mi mejor conocimiento. Yo entiendo que, si proveo declaraciones falsas conscientemente, tal acción puede ser motivo para la negación o despido de un empleo o negación o revocación de una licencia, certificado, permiso, registro o aprobación.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA / /
-----------------------	--------------

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA / /
-----------------------	--------------

DIECIOCHO AÑOS DE EDAD O MÁS:

Yo entiendo que como persona de 18 años de edad o más residiendo en el hogar de un solicitante para convertirse en un padre o madre adoptivo(a) o de crianza o un proveedor(a) de Cuidado Diurno Familiar o Cuidado Diurno Grupal o un proveedor de Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento, la información que he provisto será usada para solicitar información del Registro Central del Estado para determinar si soy el sujeto de un informe indicado de abuso o maltrato infantil.

FIRMA	FECHA / /
-------	--------------

FIRMA	FECHA / /
-------	--------------

INSTRUCCIONES PARA LOS COORDINADORES DE LAS AGENCIAS

Por favor verifique que cada formulario haya sido completado. Los formularios incompletos serán devueltos al que los envíe. Para ADOPCIÓN, CUIDADO DE CRIANZA y CUIDADO DIURNO FAMILIAR y GRUPAL, si el esposo y la esposa son solicitantes, ambos deben firmar. Las personas de 18 años de edad y mayores que residan en el hogar del solicitante para ADOPCIÓN, CUIDADO DE CRIANZA, y CUIDADO DIURNO FAMILIAR y GRUPAL también deben firmar el formulario.

CÓDIGO DE LA AGENCIA: Indique los tres dígitos del código de la agencia. **NOTA:** Los Centros de Cuidado Diurno, Cuidado Diurno Familiar y Grupal y Campos deben proveer el código de la agencia u oficina que emite su licencia o certificado. Verifique su código de tres dígitos Alpha o Alpha/Numérico con la agencia encargada de la licencia.

PROVEEDORES DE CUIDADO DIURNO: Debe colocar su número del Sistema de Establecimientos de Cuidado Infantil (*Child Care Facility System—CCFS*) en la casilla próxima al ID de Recurso (RID), en vez de la casilla del número de ID de Recurso (RID). (*Si tiene preguntas, contacte a la agencia encargada de la licencia o a la oficina regional*).

ID DE RECURSO (RID): Indique su ID de Recurso (RID) en este campo. Las agencias licenciadas y programas de OCFS, OMH, OMRDD, DOH, OASAS y SED y los departamentos de servicios sociales locales tienen RID desde septiembre de 2001. Verifique su RID con la agencia encargada de licencias. Si necesita ayuda, envíe un correo electrónico a: ocfs.sm.conn_app@ocfs.ny.gov

CATEGORÍAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN: Indique la categoría apropiada.

<p>A - Servicios para Adultos/Hogares para Adultos Tipo Familia</p> <p>CCE - Empleado actual de cuidado infantil</p> <p>CCZ - Voluntario/Consultor prospectivo de cuidado infantil</p> <p>CCS - Proveedor de bienes/servicios de cuidado infantil</p> <p>D - Empleado(a) prospectivo(a) (<i>distrito local del servicios sociales – facture contra el reembolso</i>)**</p> <p>F - Empleado prospectivo/nuevo, diferente a empleados de cuidado diurno (<i>Se requiere una cuota– vea abajo</i>)*.</p> <p>G - Este es un proveedor o empleado en cuidado infantil legalmente exento a domicilio. No se requiere verificación de datos cuando el proveedor es un pariente legalmente exento, solo para proveedores de cuidado infantil provisto a domicilio. (<i>Esta categoría solo la deben usar Agencias de Inscripción</i>). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>I - Este es un proveedor en cuidado infantil familiar legalmente exento. No se requiere verificación de datos cuando el proveedor es pariente legalmente exento (solo para proveedores de cuidado infantil familiar). (<i>Esta categoría solo la deben usar Agencias de Inscripción</i>). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. Para proveedores, incluya historial de direcciones para todos los miembros del hogar de 18 años o más que no tienen parentesco o relación de ningún tipo con todos los niños bajo cuidado.</p> <p>J - Miembro del hogar de 18 años o más (sin una función de cuidado infantil)</p> <p>L - Este es un director o empleado en cuidado diurno grupal legalmente exento. (<i>Esta categoría solo la deben usar Agencias de Inscripción</i>). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>M - Director de un campo de verano, campo nocturno, campo diurno o campo diurno de viaje</p>	<p>N - Solicitando una licencia para operar un centro de cuidado diurno. (Para ser presentada solo por una agencia autorizada, encargada de licencias). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>P - Solicitando ser proveedor de cuidado diurno familiar (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. <i>Provea historial de direcciones para todos los miembros de 18 años de edad o más.</i></p> <p>Q - Solicitando ser un proveedor de cuidado diurno grupal (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. <i>Provea historial de direcciones para todos los miembros de 18 años de edad o más.</i></p> <p>R - Solicitando para ser padres de crianza por parentesco.</p> <p>U - Maestro de Pre-Kinder Universal (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>W - Solicitando para ser padres de crianza o proveedores de cuidado infantil familiar.</p> <p>X - Solicitando para ser padres adoptivos de acuerdo a una solicitud pendiente ante una agencia que está llevando a cabo una investigación</p> <p>Y - Empleado prospectivo de <u>cuidado diurno</u> (<i>Se requiere una cuota– vea abajo</i>)*.</p> <p>- Solicitando ser asistente en cuidado diurno familiar grupal (<i>Se requiere una cuota– vea abajo</i>)*.</p> <p>- Empleado prospectivo de cuidado infantil familiar legalmente exento (<i>Se requiere una cuota– vea abajo</i>)*.</p>
--	--

COORDINADOR(A) DE LA AGENCIA: Indique el nombre de la persona a quien debería enviarse la respuesta (*no puede ser la misma que el solicitante o relacionada al solicitante*).

INSTRUCCIONES PARA EL AREA DEL SOLICITANTE/MIEMBRO DEL HOGAR: Esta información será provista por el solicitante/ empleado(a)/proveedor(a). (*Vea el frente del formulario*).

SOLICITANTE(S): USE LA PRIMERA LÍNEA (por lo menos una persona debe ser designada).

NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALTERNATIVO/ALIAS: DEBE ser completado para cada solicitante. Indique **TODOS** los nombres usados previamente. Empiece con la segunda línea. Use cuantas líneas necesite (un apellido por línea).

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR: Describa el parentesco con el solicitante, i.e., hijo(a), padre, madre, amigo(a), etc. en las líneas que sobran. (ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO).

SI NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, POR FAVOR MARQUE LA CASILLA QUE INDICA QUE NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR.

*La Ley de Servicios Sociales 424-a requiere el cobro de una **cuota de \$25.00** para solicitantes de empleo y solicitantes para ser proveedores de cuidado infantil. Un cheque certificado, un giro postal o bancario, un cheque de caja o un cheque de una agencia pagables a "New York State Office of Children and Family Services" en la cantidad de veinticinco dólares debe acompañar al formulario. El cheque también debe incluir el nombre del solicitante y el código de la agencia.

N.B.: Un cheque por separado debe acompañar cada formulario.

**La Ley de Servicios Sociales 424-a permite que los departamentos de servicios sociales locales facturen contra su reembolso el cargo cobrado para seleccionar a empleados prospectivos.

Si tiene preguntas acerca de cómo completar este formulario, por favor llame al SCR al 518-474-5297.

ENVÍE SU FORMULARIO **LDSS-3370** (VERSIÓN DCCS) A LA PERSONA INDICADA EN EL FORMULARIO **OCFS-6000**. INCLUYA LA CUOTA REQUERIDA PARA **CADA SOLICITANTE** DE EMPLEO PARA SER UN PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.

