



Solicitud inicial en la Guía de inicio rápido de FAMS

El propósito de esta guía es ayudar a los programas de cuidado infantil familiar y grupal provisto en un hogar a ingresar información en su solicitud inicial de FAMS.

[Qué recopilar antes de comenzar su solicitud](#)
[Consejos para navegar su solicitud inicial en FAMS](#)
[¿Necesita ayuda para completar su solicitud?](#)
[Referencias adicionales](#)

Qué recopilar antes de comenzar su solicitud

Before starting your application, you need to:

- Completar la [orientación](#) en línea
- [Revisar el Reglamento de cuidado infantil](#)
- Obtener cualquier inspección que se exija
- Hacer una inspección del agua si es necesario
- Crear un [plan](#) de atención médica
- Crear un [plan](#) de emergencia
- Crear un [plan](#) de programa

NOTA: Tendrá la opción de crear sus propios planes o usar planes de la OCFS. Se recomienda encarecidamente seleccionar Sí para usar un formulario electrónico de la OCFS. Esto permite a los solicitantes responder una serie de preguntas para crear el plan automáticamente. Sin embargo, si elige usar su propio plan, asegúrese absolutamente de que su plan cubra TODA la información obligatoria para evitar demoras en el procesamiento de su solicitud.



Consejos para navegar su solicitud inicial en FAMS

Vea el progreso de su solicitud en su **Panel de control del centro**.

Facility Dashboard *Weasley, Ron (910158) FDC*

FACILITY ID
910158

FACILITY STATUS
APPLICATION REQUESTED

Note: Please reference your Facility ID in all communications with New York State employees.

Grant Opportunities
None available at this time

Applications

Type	Application	Created	Progress				Registration Date	Renewal Date
Initial	View Application	09/19/2023	In Progress	Submitted	Under Review	Completed		



A medida que avanza la sección de **Solicitudes**, el verde indicará la finalización mientras que el amarillo indica el estado actual.

Applications

Type	Application	Created	Progress				Registration Date	Renewal Date
Initial	View Application	09/19/2023	In Progress	Submitted	Under Review	Completed		





Todos los campos marcados con un **asterisco (*)** deben completarse antes de que pueda enviar su solicitud para obtener la licencia o el registro de su programa.

Program Information *Granger, Hermione (910157) FDC*

OVERVIEW APPLICATION PROGRESS APPLICANT BUSINESS SITE CAPACITY AND FLOOR PLANS HOURS

PROGRAM EMERGENCY HEALTH CARE PLAN COMPLIANCE AGREEMENT MISCELLANEOUS DOCUMENTS

SUMMARY OF REQUIRED DOCUMENTS SUBMIT

You must complete each tab before submitting the application for consideration by the Office.
All fields marked with an asterisk(*) must be satisfied before your program can be licensed or registered.

Section 1 - Behavior Management Plan

Behavior Management Plan

Do you want to use the "OCFS-6018 Plan for Behavior Management" electronic form? *

Yes No

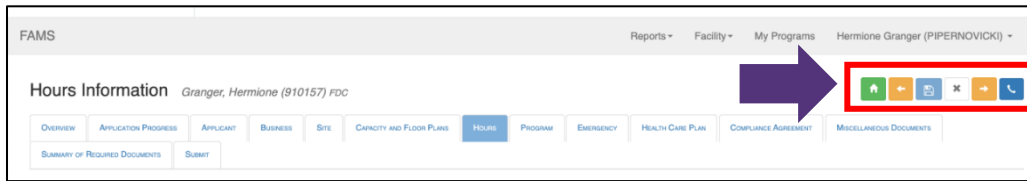
Seleccione los botones (o flechas) collapse/expand (contraer/expandir) para contraer/expandir secciones.

Collapse All ▲ Expand All ▼

Page	Section
▼	APPLICANT
	Section 1 - Identifying Information
▼	BUSINESS
	Section 1 - Other Program Information
	Section 3 - Individual Sole Proprietorship

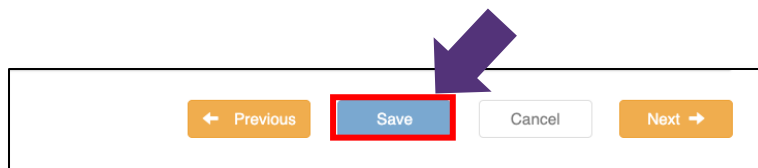


Navegue usando los **íconos** en la parte de arriba o de abajo de la página.



FAMS Application - Navigation Menu		
	Panel de control del centro	Este botón lo llevará a la página de inicio de la solicitud.
	Anterior	Este botón lo llevará a la página anterior de la solicitud.
	Guardar	Este botón guardará su progreso actual en la solicitud.
	Cancelar	<p>Este botón le preguntará</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Reload site?</p> <p>Changes you made may not be saved.</p> <p style="text-align: right;"><input type="button" value="Reload"/> <input type="button" value="Cancel"/></p> </div> <p>Recargar actualizará la página tal como estaba antes de comenzar a escribir información. Cancelar mantendrá su nueva información y le permitirá continuar escribiendo información.</p>
	Siguiente	Este botón lo llevará a la siguiente página de la solicitud.
	Información de contacto del regulador	Este botón mostrará la información de contacto del regulador de su área.



Guarde con frecuencia para no perder su información. **Seleccione** el botón **Guardar** en la parte de abajo de cada sección de la solicitud.





Puede optar por **cargar** un documento o puede **enviar por correo** una copia del documento a su regulador u oficina reguladora como se indica en su panel de FAMS. **NOTA:** Aunque se permite la opción de enviar una copia de los documentos por correo a la oficina, recomendamos encarecidamente a los solicitantes que carguen todos los documentos. Esto ayudará a acelerar el proceso ya que la solicitud no se revisará y marcará como recibida hasta que todos los documentos se carguen o se reciban en la oficina.

Health Care Plan upload: * Upload your completed OCFS-7021 Health Care Plan form.

 Mail a copy of my Health Care Plan. 

Health Care Plan	
Document Type	
Health Care Plan	
Uploaded Files	Upload Date
No Documents Uploaded	


NOTA: Si elige no cargar un documento, debe conservar una copia del registro en el sitio durante 5 años.

Las solicitudes no se pueden enviar hasta que se completen todos los campos obligatorios listados en la pestaña **Submit (Enviar)**.

Outstanding Tasks

In order to submit you application, all required(*) fields must be satisfied. To view sections that are incomplete, click on the link(s) below.

Page	Section
▼	APPLICANT
	Section 1 - Identifying Information
▼	BUSINESS
	Section 1 - Other Program Information
	Section 3 - Individual Sole Proprietorship





¿Necesita ayuda para completar su solicitud?

La información de contacto de su regulador asignado y su oficina regional o agencia de recursos y referencias de cuidado infantil se completa en la pestaña **Submit (Enviar)**. Obtenga más información sobre las [CCR&R](#).

Submit *Granger, Hermione (910157) FDC*

OVERVIEW APPLICATION PROGRESS APPLICANT BUSINESS SITE CAPACITY AND FLOOR PLANS HOURS

PROGRAM EMERGENCY HEALTH CARE PLAN COMPLIANCE AGREEMENT MISCELLANEOUS DOCUMENTS

SUMMARY OF REQUIRED DOCUMENTS **SUBMIT**

Regional Office:	Swithins Headstart 99 Otis Swithins, NY 11111 Telephone: (555) 555-5555 Fax:	Regulator:	Adam Regulator 99 Otis Swithins, NY 11111 Telephone: (555) 555-5555 Email: adam.regulator@ocfs.ny.gov
-------------------------	--	-------------------	--

If you no longer wish to continue your electronic application, please contact your regional office for more information.

Outstanding Tasks

También puede usar el ícono de **Teléfono** en la parte de arriba de cada página de la solicitud para ver la **información de contacto de su regulador** y comunicarse con él.

Overview *Weasley, Ron (910158) FDC*

OVERVIEW APPLICATION PROGRESS APPLICANT BUSINESS SITE CAPACITY AND FLOOR PLANS Hou

PROGRAM EMERGENCY HEALTH CARE PLAN COMPLIANCE AGREEMENT MISCELLANEOUS DOCUMENTS

SUMMARY OF REQUIRED DOCUMENTS SUBMIT

Regulator Contact Information



Todo lo que escriba en el cuadro **Questions/Comments: (Preguntas/Comentarios:)** se enviará al regulador conectado con esta solicitud.

Regulator Contact Information

Adam Regulator
99 Otis
Swithins, NY 11111
Telephone: (555) 555-5555

←

Questions/Comments :

(300 character limit)

E-mail: adam.regulator@ocfs.ny.gov

Submit Close

Referencias adicionales

- [Información para los solicitantes](#)
- [Desarrollo del programa](#)
- [Nutrición](#)
- [Salud y seguridad](#)
- [Planificación de emergencias](#)
- [Programa de asistencia para el cuidado infantil](#)
- [Información de contacto de cuidado infantil](#)
- [Agencias de recursos y referencias para cuidado infantil](#)
- [Información completa sobre verificaciones de antecedentes](#)