

## ELIGIBILIDAD Y SOLICITUD PARA SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO

### PORTADA

**El(la) trabajador(a) del caso/investigador(a) del DCFS/POS tiene la responsabilidad de lo siguiente:**

- **Que se complete cada sección de la solicitud y que se adjunte toda la documentación de apoyo según lo solicitado. Las solicitudes incompletas serán colocadas en espera, serán rechazadas o serán devueltas al trabajador del caso del DCFS/POS para que sean completadas y reenviadas;**
- El envío de una solicitud totalmente completa a la Oficina de elegibilidad para cuidado diurno regional para su aprobación. Una solicitud completa incluye toda la documentación de apoyo solicitada. (Responsabilidad del trabajador del caso/investigador);
- Verificar que el(los) Solicitante(s) no califican(n) para ningún otro tipo de cuidado infantil financiado con fondos públicos (por ejemplo; Head Start, escuela pública, pre-kindergarten, guardería subvencionada por IDHS/Action For Children/CCR&R local);
- Asistir al Solicitante(s) y al Proveedor de cuidado diurno para que completen y envíen como parte del paquete de solicitud **Parte I y Parte II;**
- Si el Proveedor de cuidado diurno es un establecimiento sin licencia/o exento de licencia, la solicitud debe completarse y enviarse como parte del paquete de solicitud **Parte III – Sección (B), y el CFS 2003. Además, a los proveedores de cuidado infantil sin parentesco se les debe tomar las huellas digitales y completar el formulario CFS 718-D Autorización para verificación de antecedentes (CANTS/Registro de agresores sexuales/verificación de registros del FBI)**
- Avisar de inmediato a la oficina de cuidado diurno regional **sobre cualquier cambio en la solicitud** que pudiera afectar las condiciones del cuidado diurno.
- En los Casos de servicios para familias intactas abiertos\*, el Departamento proporcionará servicios de cuidado infantil para:
  - Familias intactas con un caso abierto y cuyo(s) hijo(s) tenga(n) menos de cinco (5) años de edad, se haya evaluado la necesidad de protección, y en el plan de servicio el cuidado diurno haya sido/será identificado como un recurso necesario por razones de seguridad; o,
  - Familias intactas con un caso abierto y cuyo(s) hijo(s) tenga(n) de cinco (5) años de edad o más, y cuyos padres trabajen fuera del hogar o estén participando en programas de capacitación laboral o educativos fuera del hogar aprobados por el Departamento, y cuando no esté disponible o no sea adecuada ninguna otra forma de servicio de cuidado diurno/preescolar (se debe adjuntar como documentación una lista de los otros servicios que se intentaron obtener).

**NOMBRE DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_

**N.º de ID de la familia (asignado por la oficina de cuidado diurno):** \_\_\_\_\_ **Región del DCFS:** \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| <b>INFORMACIÓN DE LA OFICINA DE LA AGENCIA DEL DCFS/POS</b> | <b>TIPO DE CUIDADO DIURNO QUE SE SOLICITA:</b>   |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR _____ NÚMERO DE ID _____              | <input type="checkbox"/> Cuidado diurno relacionado con el empleo de los padres de crianza   |
| NOMBRE DE LA AGENCIA _____                                  | <input type="checkbox"/> Cuidado diurno relacionado con la educación o el empleo de padres adolescentes (escuela y/o capacitación laboral/profesional)   |
| CALLE _____   | <input type="checkbox"/> Cuidado diurno de protección/mantenimiento de la familia<br><input type="checkbox"/> Caso de familia intacta abierto* <input type="checkbox"/> Reunificación familiar<br><input type="checkbox"/> Cuidados de crianza |
| CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____               | <input type="checkbox"/> Padres adoptivos/tutores subvencionados – Cuidado diurno relacionado con el empleo  |
| NÚMERO DE TELÉFONO Y DE EXTENSIÓN _____ NÚMERO DE FAX _____ | <input type="checkbox"/> Cuidado diurno terapéutico (cuidados de crianza)  |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____                       | (Consultar los Procedimientos 302.330 y 359.54 para las pautas de elegibilidad para el servicio de cuidado diurno)   |

**A través de la presente, certificamos que, según nuestro leal saber y entender, la información incluida en esta solicitud y la documentación de apoyo es verdadera, correcta y completa. (Se requieren los nombres y las firmas del trabajador y el supervisor):**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL DCFS/POS (**impresa**)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL DCFS/POS (**impresa**)

\_\_\_\_\_  
TRABAJADOR DEL DCFS/POS (**firma**)      FECHA

\_\_\_\_\_  
SUPERVISOR DEL DCFS (**firma**)      FECHA

## **PARTE I**

Esta sección debe ser completada por los padres, padres de crianza, padres adolescentes, padres adoptivos, tutores o cuidadores parientes. El(la) trabajador(a) debe brindar asistencia de ser necesario. (N/A para las respuestas que no apliquen)

### **RAZÓN DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD (Marque todas las que correspondan)**

- Solicitud inicial de elegibilidad para el servicio de cuidado diurno
- Cambio de domicilio de los padres/cuidadores
- Cambio del proveedor de servicios de cuidado diurno
- Solicitud de un proveedor secundario (es necesario la justificación del trabajador(a) del caso por escrito)
- Añadir hijo(s) a la solicitud de Servicios de cuidado diurno existente

### **(A) INFORMACIÓN DE SOLICITANTE PRINCIPAL**

Nombre del solicitante principal (apellido, nombre)

Nombre del co-solicitante (apellido, nombre)

Domicilio de residencia

Número de teléfono del co-solicitante durante el día

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono celular del co-solicitante

Dirección postal (si es diferentes del domicilio de residencia)

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono diurno

NSS (últimos cuatro dígitos)

Número de teléfono celular

Dirección de correo electrónico

NSS (últimos cuatro dígitos)

**Estado civil:**  Soltero(a)  Casado(a)  Unión civil legal  Separado(a) legalmente  Divorciado(a) legalmente  Viudo(a)

### **INFORMACIÓN DEL EMPLEO/ESCUELA/CAPACITACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL**

**Si está empleado(a), suministre la siguiente información:**

**Si asiste a capacitación laboral, suministre la siguiente información:**

(los padres adolescentes deben proveer información de la escuela o el Programa GED)

Empleador/nombre de la compañía/departamento Teléfono (Ext.)

Nombre de la escuela/institución Teléfono (Ext.)

Dirección del empleo/oficina

Dirección del establecimiento

Ciudad Estado Código postal

Ciudad Estado Código postal

**Solicitante – Indique sus horarios de empleo/escuela/capacitación (desde – hasta):**

|         | LUNES<br>(desde – hasta) | MARTES<br>(desde – hasta) | MIÉRCOLES<br>(desde – hasta) | JUEVES<br>(desde – hasta) | VIERNES<br>(desde – hasta) | SÁBADO<br>(desde – hasta) | DOMINGO<br>(desde – hasta) |
|---------|--------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| TRABAJO |                          |                           |                              |                           |                            |                           |                            |
| ESCUELA |                          |                           |                              |                           |                            |                           |                            |

Mis horarios de empleo/escuela/capacitación varían

(Por favor, explique en otra hoja. El(la) solicitante también puede tener que proporcionar una verificación por escrito del empleador/escuela/programa de capacitación)

**(B) INFORMACIÓN DEL EMPLEO/ESCUELA/CAPACITACIÓN DEL CO-SOLICITANTE**

**Si está empleado(a), suministre la siguiente información:**

**Si asiste a capacitación laboral, suministre la siguiente información:**  
(los padres adolescentes deben proveer información de la escuela o el Programa GED)

Empleador/nombre de la compañía/departamento      Teléfono (Ext.)

Nombre de la escuela/institución      Teléfono (Ext.)

Dirección del empleo/oficina

Dirección del establecimiento

Ciudad      Estado      Código postal

Ciudad      Estado      Código postal

**Co-solicitante - Indique sus horarios de empleo/escuela/capacitación (desde – hasta):**

|         | LUNES<br>(desde – hasta) | MARTES<br>(desde – hasta) | MIÉRCOLES<br>(desde – hasta) | JUEVES<br>(desde – hasta) | VIERNES<br>(desde – hasta) | SÁBADO<br>(desde – hasta) | DOMINGO<br>(desde – hasta) |
|---------|--------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| TRABAJO |                          |                           |                              |                           |                            |                           |                            |
| TRABAJO |                          |                           |                              |                           |                            |                           |                            |
| ESCUELA |                          |                           |                              |                           |                            |                           |                            |

Mis horarios de empleo/escuela/capacitación varían

(Por favor, explique en otra hoja. El(la) co-solicitante también puede tener que proporcionar una verificación por escrito del empleador/escuela/programa de capacitación)

**(C) CERTIFICACIONES DEL SOLICITANTE O LOS SOLICITANTES**

Al marcar estas casillas, el(los) solicitante(s) certifica(n) que estas afirmaciones son verdaderas, correctas y completas.

- El(los) niño(s) está(n) al día con todas las vacunas y la verificación se encuentra en el archivo del Proveedor de servicios de cuidado diurno (si corresponde; centro con licencia, hogar o establecimiento exento de licencia).
- Se completó una revisión de la facilidad/hogar y acepto/aceptamos que es un entorno seguro.
- Se entregó una notificación por escrito al Proveedor de servicios de cuidado diurno indicando a todas las personas que, adicionalmente a mí, están autorizadas para recoger al niño o los niños.
- Se proporcionó al Proveedor de servicios de cuidado diurno un número de teléfono de emergencia, un consentimiento por escrito para recibir atención médica y para administrar medicamentos recetados.
- El nombre y el número de teléfono del médico del niño o de la familia están en el archivo del Proveedor de servicios de cuidado diurno.
- La información suministrada en este documento es verdadera, completa y correcta.
- Soy/somos responsable(s) del servicio provisto al niño o los niños.
- Notificaré/notificaremos a la Unidad regional de servicios de cuidado diurno del Departamento sobre cualquier cambio en las disposiciones del servicio de cuidado diurno.
- A través de la presente, certifico/certificamos las afirmaciones anteriores y que, según mi/nuestro leal saber y entender, la información provista en la solicitud y la documentación de apoyo es verdadera, correcta y completa. Entiendo/entendemos que la información provista solo será divulgada por motivos administrativos y se puede pedir que verifique/verifiquemos dicha información. Si se determina que la información fue falsificada, el DCFS se reserva el derecho de recuperar los fondos e/o iniciar acciones legales. Entiendo/entendemos que tengo/tenemos derecho a apelar el resultado o la decisión y a tener una audiencia justa sobre una queja.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CO-SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**PARTE II**

**(A) NIÑO(S) PARA EL(LOS) CUAL(ES) SE SOLICITAN SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO**

(Por favor, suministre la siguiente información para cada niño que necesite servicios de cuidado diurno. Si hay más niños, duplique esta página y proporcione la información solicitada)

| Nombre del niño (apellido, nombre) | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | Número de ID del caso del DCFS | Relación con el solicitante | FECHA DE INICIO (si se conoce) | FECHA DE FIN (si se conoce) |
|------------------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
|                                    |                         |                     |                                |                             |                                |                             |
|                                    |                         |                     |                                |                             |                                |                             |
|                                    |                         |                     |                                |                             |                                |                             |
|                                    |                         |                     |                                |                             |                                |                             |
|                                    |                         |                     |                                |                             |                                |                             |
|                                    |                         |                     |                                |                             |                                |                             |

**(B) ARREGLOS SOBRE EL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO**

**A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE PRINCIPAL O EL TRABAJADOR DEL CASO/INVESTIGADOR**

Complete lo siguiente para cada niño considerado para recibir servicios de cuidado diurno. Si hay más niños, duplique esta página y proporcione la información solicitada.

|   | 1 <sup>er</sup> niño   | 2 <sup>do</sup> niño   | 3 <sup>er</sup> niño   |
|---|--|--|--|
| Nombre del niño (apellido, nombre):   |  |  |  |
| Cantidad de días de cuidado por semana:   |  |  |  |
| Cantidad de horas de cuidado por día:   |  |  |  |
| Escriba el horario en el cual el niño será cuidado diariamente. Además, marque una de las siguientes opciones:<br><input type="checkbox"/> <i>Todo el año</i> <input type="checkbox"/> <i>Sólo en el año escolar</i><br><input type="checkbox"/> <i>Sólo en el receso escolar</i> <input type="checkbox"/> <i>Sólo en el verano</i><br><input type="checkbox"/> <i>Otro (explique)_____</i> | DESDE: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/><br><br>HASTA: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/> | DESDE: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/><br><br>HASTA: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/> | DESDE: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/><br><br>HASTA: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuánto le cobrará/cobra por día el proveedor de servicios de cuidado diurno?   | \$ _____/por día   | \$ _____/por día   | \$ _____/por día   |

|   | 4 <sup>to</sup> niño   | 5 <sup>to</sup> niño   | 6 <sup>to</sup> niño   |
|---|--|--|--|
| Nombre del niño (apellido, nombre):   |  |  |  |
| Cantidad de días de cuidado por semana:   |  |  |  |
| Cantidad de horas de cuidado por día:   |  |  |  |
| Escriba el horario en el cual el niño será cuidado diariamente. Además, marque una de las siguientes opciones:<br><input type="checkbox"/> <i>Todo el año</i> <input type="checkbox"/> <i>Sólo en el año escolar</i><br><input type="checkbox"/> <i>Sólo en el receso escolar</i> <input type="checkbox"/> <i>Sólo en el verano</i><br><input type="checkbox"/> <i>Otro (explique)_____</i> | DESDE: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/><br><br>HASTA: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/> | DESDE: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/><br><br>HASTA: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/> | DESDE: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/><br><br>HASTA: _____ am <input type="checkbox"/><br>pm <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuánto le cobrará/cobra por día el proveedor de servicios de cuidado diurno?   | \$ _____/por día   | \$ _____/por día   | \$ _____/por día   |

**PARTE III**

**(A) INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL**

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO y EL TRABAJADOR ASIGNADO. Por favor, complete todas las líneas. (N/A para las respuestas que no corresponden)

**NOTA:** Si es un proveedor de servicios de cuidado diurno con licencia, su N.º de ID fiscal (NSS o FEIN) debe coincidir con la información de su licencia de proveedor de servicios de cuidado diurno.

Nombre del establecimiento/proveedor: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ FEIN: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/CP: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Si es un proveedor de servicios de cuidado diurno individual, debe tener 18 años o más)  
Mes Día Año

**TIPO DE CUIDADO DIURNO: (marque uno)**

(Tenga en cuenta que los hogares y los centros de cuidado diurno fuera del estado con licencia deben adjuntar una copia de la licencia vigente de proveedor de servicios de cuidado diurno)

1.  CENTRO DE CUIDADO DIURNO CON LICENCIA  
N.º DE LICENCIA DE DCC DEL DCFS: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

2.  HOGAR DE CUIDADO DIURNO CON LICENCIA  
N.º DE LICENCIA DE DCH DEL DCFS: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

(Tenga en cuenta que: No se pueden cuidar más de 12 niños menores de 12 años que no sean familiares, incluidos los hijos del proveedor)

3.  HOGAR DE CUIDADO DIURNO GRUPAL CON LICENCIA  
N.º DE LICENCIA DE GDCH DEL DCFS: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

(Tenga en cuenta que: No se pueden cuidar más de 16 niños menores de 12 años que no sean familiares, incluidos los hijos del proveedor.)

4.  CENTRO DE CUIDADO DIURNO EXENTO DE LICENCIA. N.º de ID del proveedor (si se conoce): \_\_\_\_\_

(Nota: Se debe adjuntar una carta de verificación (de la condición de exento del establecimiento) de la oficina de licencias del DCFS, o dicha carta debe estar archivada en la Oficina de cuidado infantil).

**HOGAR DE CUIDADO DIURNO – SIN LICENCIA:**

(Tenga en cuenta que: No se pueden cuidar más de tres niños menores de 12 años que no sean familiares, incluidos los hijos del proveedor)

A.  NO FAMILIARES - Cuidado provisto en el hogar del proveedor. N.º de ID del proveedor: \_\_\_\_\_

B.  FAMILIARES - Cuidado provisto en el hogar de un familiar (pariente del menor). N.º de ID del proveedor: \_\_\_\_\_

C.  FAMILIARES - Cuidado provisto en el hogar del menor por un familiar. N.º de ID del proveedor: \_\_\_\_\_

D.  NO FAMILIARES - Cuidado provisto en el hogar del menor por un no familiar. N.º de ID del proveedor: \_\_\_\_\_

E.  RED DE HOGARES DE CUIDADO DIURNO – Contratos con proveedores de hogares de cuidado diurno con licencia.  
N.º de ID del proveedor: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE:**

TODOS los proveedores de servicios de cuidado diurno tienen que completar un formulario vigente de Certificaciones de Proveedor del DCFS (SECCIÓN B de esta solicitud).

Si usted, como proveedor de servicios de cuidado diurno, se identifica como un tipo de proveedor A, B, C o D, el trabajador del caso o investigador del menor debe comunicarse con usted para completar las siguientes verificaciones de antecedentes antes del inicio de la provisión de servicios de cuidado diurno:

**Proveedores de servicios de cuidado diurno que no son familiares/sin licencia**

- o **Toma de huellas digitales** (a través de un proveedor autorizado por el Departamento);
- o **CFS 718-D Autorización para verificación de antecedentes de proveedores de cuidado infantil sin licencia o exentos de licencia.**
  - o En CFS 2000 – Parte III/Sección (B), el trabajador o supervisor documentará la fecha en la cual el CFS 718-D (verificación de antecedentes en CANTS, SOR y FBI) y el recibo de las huellas digitales fueron enviados a la Unidad de verificación de antecedentes (BCU) del Departamento para su procesamiento.
  - o El trabajador del caso y/o supervisor documentará el resultado final encontrado para el potencial proveedor de servicios de cuidado diurno en el archivo del caso del menor.

**Fecha en que se enviaron el recibo de huellas digitales y el CFS 718-D del proveedor de servicios de cuidado diurno no familiar/sin licencia a la Unidad de verificación de antecedentes:** \_\_\_\_\_

**Fecha en que se proporcionó al trabajador los resultados de la verificación de antecedentes completa del proveedor de servicios de cuidado diurno no familiar/sin licencia:** \_\_\_\_\_

**Proveedores de servicios de cuidado diurno familiares/sin licencia**

- o En el caso de los **proveedores de servicios de cuidado diurno familiares/sin licencia**, se exige una verificación de antecedentes en el sistema SACWIS (CANTS y SOR).
- o En CFS 2000 – Parte III/Sección (B), el trabajador o supervisor documentará la fecha en la cual se completaron las averiguaciones en CANTS/SOR basadas en SACWIS.

**Fecha en que se completó la verificación de antecedentes basada en SACWIS del proveedor de servicios de cuidado diurno familiar/sin licencia con los resultados:** \_\_\_\_\_

**(B) CERTIFICACIONES DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO**

Al marcar estas casillas, el proveedor de Servicios de cuidado diurno certifica que estas afirmaciones son verdaderas, correctas y completas.

- El(la) Solicitante (padres/padres de crianza/cuidadores familiares/padres adoptivos/tutores/padres adolescentes) tendrá acceso irrestricto a sus hijos en todo momento, salvo que usted reciba una copia de una orden prohibiendo el contacto entre dicha persona y un menor de edad.
- En lo referente al niño o los niños a su cuidado: **el castigo corporal, las nalgadas o los malos tratos de cualquier tipo están PROHIBIDOS.**
- Se ha cumplido con TODOS los códigos estatales y locales sobre incendios, salud y seguridad.
- Los detectores de humo funcionan correctamente y están ubicados en las áreas de seguridad recomendadas de la residencia o el establecimiento.
- Los detectores de monóxido de carbono funcionan correctamente y están ubicados en las áreas de seguridad recomendadas de la residencia o el establecimiento.
- Yo/nosotros tendremos una prueba de tuberculosis y un examen físico actualizado, documentado y archivado en el establecimiento o el hogar dentro de los 90 días posteriores a la fecha de mi firma de este formulario.
- Los niños serán supervisados (dentro del establecimiento, al aire libre, cerca de agua estancada y en vehículos) en todo momento.
- Si está permitido en el estado de Illinois: las armas de fuego y las municiones están almacenadas en un gabinete con llave o un depósito con llave en todo momento.
- Todos los agentes de limpieza, venenos u otros materiales peligrosos están almacenados en un área inaccesible para los niños.
- Se puede acceder fácilmente al botiquín de primeros auxilios.
- A los niños se les brindarán actividades de juego adecuadas para su nivel de desarrollo.
- A los niños se les ofrecerán comidas/bocadillos nutritivos.
- Todos los servicios serán prestados de acuerdo con todas las leyes, regulaciones y normas locales, estatales y federales.
- Las tarifas cobradas al estado de Illinois-DCFS no son superiores a las cobradas al público general por servicios similares.
- Se me/nos pagará lo que le cobro/cobramos al público general hasta el cronograma de tarifa máxima del DCFS.  
Nota: para conocer cuáles son las tarifas máximas del DCFS permitidas para los Centros de cuidado diurno o los Proveedores de servicios de cuidado diurno en el hogar; vea el adjunto o solicítelas en la oficina regional de elegibilidad para servicios de cuidado infantil; también se pueden encontrar en los Procedimientos 359 Apéndice A del DCFS.
- No puedo/podemos cobrar la tarifa de cuidado diurno del DCFS, o una parte de ésta, a un padre o padre de crianza del DCFS.
- Entiendo/entendemos que estos pagos de cuidado diurno son considerados como ingreso y serán informados como ingresos tributables por el Estado de Illinois en el formulario de declaración de impuestos 1099 Misc. del IRS de los EE.UU.
- Excepto que una ley, regulación u orden estatal o federal así lo exija, el proveedor de servicios de cuidado diurno/sus empleados/o sus asistentes/sustitutos no divulgarán información relacionada con personas a las cuales el Departamento les ofrece servicios sin la aprobación previa por escrito del director del Departamento, o su representante designado.
- El proveedor de servicios de cuidado diurno informará a sus empleados/asistentes/sustitutos y subcontratistas sobre dichas obligaciones de confidencialidad, y sobre las sanciones por el incumplimiento de las mismas, y garantizará el cumplimiento de las mismas. El proveedor de servicios de cuidado diurno reconoce que ninguna parte de este documento impide que el proveedor de servicios de cuidado diurno comparta con el Departamento cualquier información confidencial de menores de edad sobre los cuales el Departamento tenga responsabilidad legal, y el proveedor de servicios de cuidado diurno está obligado a entregarle esa información al Departamento previa solicitud, según lo permitan la ley estatal o federal.
- Se adjunta una copia actual y firmada de mi formulario W-9, si corresponde o no está archivada en la oficina regional de cuidado diurno.
- No he/hemos sido perpetrador/perpetradores de abuso o negligencia infantil en los últimos cinco (5) años ni perpetrador/perpetradores de abuso sexual o explotación sexual en los últimos veinte (20) años o según se describa en el Código Administrativo de Illinois 89, Parte 431.
- Autorizo al Departamento a verificar el Sistema de seguimiento de abuso y negligencia infantil (CANTS), el Registro de delinquentes sexuales en todo el estado (SOR), y la base de datos del FBI (cuando corresponda) para que se realicen las verificaciones de antecedentes y se constaten los resultados necesarios.

A través de la presente, yo/nosotros certifico/certificamos, según mi/nuestro leal saber y entender, que la información, las afirmaciones anteriores y el(los) anexo(s) son correctos y completos. Entiendo que proporcionar información falsa o no proporcionar información correcta puede tener como resultado referencia a la autoridad o entidad correspondiente para que se inicien acciones legales por fraude.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO

\_\_\_\_\_  
FECHA