



Información del proveedor

Como parte de su inscripción a en la lista de elegibilidad del programa de cuidado infantil subsidiado, se requiere que tengamos la información del proveedor que ha seleccionado para su(s) hijo(s). Cuidado y Educación Temprana (ECE) debe tener esta información para poder procesar su paquete de inscripción. Por favor llene este formulario y devuélvalo a su ayudante comunitario II que haya asignado a su caso.

Si aún no ha seleccionado un proveedor, visite la lista de canalizaciones en línea (secureweb.rcoe.us/ONLINEREF) para buscar un proveedor o comuníquese con Resource & Referral llamando al 800-442-4927 o por correo electrónico a RandR@rcoe.

Nombre de un padre de familia o tutor: _____

Nombre(s) de(l) (los) menor(es): _____

Nombre del proveedor: _____

¿Su hijo recibe cuidado infantil de este proveedor actualmente? Sí No

En caso negativo, indique la fecha en la que desea que comience el cuidado infantil: _____

En caso negativo, ¿ha verificado que este proveedor tiene espacio para servir a su hijo? Sí No Estamos en la lista de espera del proveedor

Tenga en cuenta que los padres son responsables de asegurarse de que el proveedor seleccionado tenga espacio(s) disponible(s) para el (o los) niño(s) que necesita(n) servicios.

En el caso de proveedores que sean familiares, amigos o vecinos (FFN), indique la relación del proveedor con el niño por matrimonio, parentesco o adopción legal:

Abuelo Tía Tío Otro pariente: _____

No hay relación Proveedor de cuidado infantil con licencia profesional (hogar de cuidado infantil familiar o centro de cuidado infantil)

Para proveedores de cuidado infantil con licencia profesional, proporcione el número de licencia de cuidado infantil:

Número de teléfono del proveedor: _____ Dirección del proveedor: _____

Correo electrónico del proveedor: _____

Tenga en cuenta que el costo del cuidado no puede ser cubierto por ECE hasta que se procese completamente la inscripción y el proveedor haya recibido certificados de cuidado infantil autorizando el inicio de los servicios.

Sólo para proveedores que sean familiares, amigos o vecinos (FFN):

Fecha de nacimiento del proveedor: _____

Licencia de conducir del proveedor o identificación estatal: _____

Dirección del proveedor: _____

Dirección donde se llevará a cabo el cuidado infantil: _____

Correo electrónico del proveedor: _____ Número de teléfono del proveedor: _____

Idiomas hablados del proveedor: _____

¿Tiene el proveedor FFN otros niños en la casa? Sí No

For Office Use Only:

Guardian check complete

CARE ID: _____

APID number requested

APID number received

Megan's Law Check Complete

All required documents submitted

Input into CARE complete

All required documents scanned into CARE

Liaison informed of first day of care approval