



Fecha de solicitud: _____

PERSONAL DE VERIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN

¿El solicitante/proveedor ha firmado la sección de Consentimiento/liberación? Sí No

Propósito de la certificación (seleccione solo una casilla)

- Cualquier persona de 18 años o más que resida en el entorno de cuidado infantil donde este se realiza.
- Empleado de servicios de cuidado infantil: Solicitud de servicios de cuidado infantil en lo siguiente: Centros de cuidado infantil, hogares de cuidado diurno grupales o hogares de cuidado infantil familiares.
- Individuo que busca brindar servicios de cuidado infantil bajo contrato con un programa o centro de cuidado infantil: Solicitud con el fin de poder brindar servicios de cuidado infantil como parte de un contrato o programa financiado por una subvención.
- Proveedor autónomo de servicios de cuidado infantil en un hogar familiar de cuidado infantil: Solicitud con el fin de proporcionar servicios de cuidado infantil en el propio hogar (que no sea el hogar del niño) en cualquier momento a cuatro, cinco o seis niños que no sean familiares del cuidador.

Verificación de antecedentes penales de la Oficina Federal de Investigaciones (FBI)

¿Ha solicitado el/la solicitante la verificación de antecedentes penales del FBI?

Sí No

Proporcione el número UEID del FBI.

NÚMERO UEID DEL FBI

Información demográfica del/de la solicitante

Proporcione el nombre completo. No utilice iniciales. Todos los campos demográficos son obligatorios.

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	SUFIJO
FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado
EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Se requiere la divulgación de su número de Seguro Social. Se solicita de conformidad con 23 Pa.C.S. §§6336(a)(1) (relacionado con la información en la base de datos estatal), 6344 (relacionado con empleados que tienen contacto con niños, padres adoptivos y de crianza) y 6344.1 (relacionado con la información relacionada con residentes de hogares de cuidado infantil certificados o autorizados). El Departamento utilizará su número de Seguro Social para buscar en la base de datos estatal y determinar si usted figura como perpetrador en un informe indicado o fundado de abuso infantil.

Nombres anteriores utilizados desde 1975

Incluya todos los nombres utilizados desde 1975 (incluidos los apellidos de soltera)

1.	NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
	APELLIDO	SUFIJO
2.	NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
	APELLIDO	SUFIJO



Nombres anteriores utilizados desde 1975 (continuación)

3.	NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
	APELLIDO	SUFIJO
4.	NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
	APELLIDO	SUFIJO
5.	NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
	APELLIDO	SUFIJO
6.	NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
	APELLIDO	SUFIJO

Información de dirección del/de la solicitante

Dirección de casa

Proporcione una dirección particular completa.

DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)
CIUDAD		CONDADO
ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS

Dirección postal

La casa y la dirección postal son las mismas.

Proporcione una dirección postal completa (si es diferente de la dirección particular).

DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)
CIUDAD		CONDADO
ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS



Direcciones anteriores

Indique todas las direcciones donde ha vivido el/la solicitante desde 1975. Como mínimo, cada dirección debe contener lo siguiente: Ciudad, Estado/Región/Provincia.

1.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	
2.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	
3.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	
4.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	
5.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	
6.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	



Direcciones anteriores (continuación)

7.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	
8.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	
9.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	
10.	DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)	
	CIUDAD		CONDADO	ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA
	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si el/la solicitante vivió fuera del estado en esta dirección en los últimos cinco años.	

Información de contacto del/de la solicitante Números de teléfono

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO
------------------------------	-------------------------------

Dirección de correo electrónico

Al proporcionar un correo electrónico del/de la solicitante, el/la solicitante acepta permitir que OCYF se comunice con él/ella a esta dirección de correo electrónico en referencia a su solicitud.

CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE



Información del miembros del hogar del/de la solicitante

Enumere todas las personas con las que ha vivido el/la solicitante, en cualquier tiempo, desde 1975 hasta el presente. Para cada persona debe incluir su nombre y relación con el/la solicitante. Debe incluir a los padres, tutores o personas que criaron al/a la solicitante.

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE
AVE ACTUAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE
AVE ACTUAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE
AVE ACTUAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE
AVE ACTUAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE
AVE ACTUAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE
AVE ACTUAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado



Información de miembros del hogar del/de la solicitante (continuación)

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE
AVE ACTUAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE
AVE ACTUAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado

NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE
APELLIDO	RELACIÓN CON EL/LA SOLICITANTE
AVE ACTUAL	GÉNERO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No reportado

Información del proveedor de cuidado infantil

Se enviará automáticamente una copia de la Carta de Elegibilidad Consolidada (CEL) completa al proveedor de cuidado infantil indicado. Proporcione el nombre, la dirección y la información de contacto del proveedor de cuidado infantil que debe recibir el CEL.

No proporcionar la siguiente información podría resultar en el rechazo de su solicitud.

ATENCIÓN A		
NOMBRE DEL PROVEEDOR		
DIRECCIÓN LÍNEA 1		DIRECCIÓN LÍNEA 2 (EJEMPLO DE PISO O NÚMERO DE APARTAMENTO)
CIUDAD		CONDADO
ESTADO/REGIÓN/PROVINCIA	APARTADO/CÓDIGO POSTAL	PAÍS
NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PROVEEDOR



Consentimiento / Divulgación de información

Para completar su solicitud, revise el Consentimiento/divulgación de información y proporcione una firma manuscrita o con DocuSign marcando el reconocimiento e ingresando su nombre y apellido tal como aparecen en la sección Información demográfica de la solicitud.

Autorización del/de la solicitante

I, _____ Por la presente autorizo a la Unidad de Verificación de
NOMBRE DE SOLICITANTE
Autorización del Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania a obtener y divulgar mi Carta de Elegibilidad
Consolidada, de conformidad con 23 Pa. §6344(c)(4), directamente a _____
NOMBRE DE PROVEEDOR

Autorización del proveedor

Yo, _____ de _____
REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR NOMBRE DEL PROVEEDOR
cuento con aprobación por escrito de _____ para
NOMBRE DEL SOLICITANTE
autorizar a la Unidad de Verificación de Autorización del Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania a
obtener y divulgar la Carta de Elegibilidad Consolidada del/de la solicitante, de conformidad con 23 Pa. §6344(c)(4),
directamente a _____
NOMBRE DEL PROVEEDOR

Doy mi consentimiento para que la Unidad de Verificación de Autorización del Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania utilice mi información para obtener autorizaciones de los siguientes sistemas y utilice los resultados para determinar la elegibilidad del/de la solicitante:

- Certificación de antecedentes de abuso infantil en Pensilvania (\$13)
- Verificación de antecedentes penales de la policía estatal de Pensilvania (\$22)
- Verificación de antecedentes penales de la Oficina Federal de Investigaciones (\$26.20 pagados directamente a IDEMIA)
- Verificación del Registro de Delincuentes Sexuales del Centro Nacional de Información sobre Delitos (Gratis)
- Sistemas fuera del estado, incluidos los siguientes: el registro o depósito de delincuentes sexuales, el registro o depósito penal estatal y el registro de abuso y negligencia infantil de cualquier estado en el que haya vivido en los últimos cinco años. Siga el enlace a continuación para determinar el costo para los respectivos estados.

<https://www.dhs.pa.gov/KeepKidsSafe/Clearances/Pages/Out-of-State-Clearances.aspx>

Lista de estados y controles de consentimiento

- Estado: _____ Costo: _____

- Entiendo que esto se logrará sin revelar ningún historial criminal ni ninguna otra información relacionada con el/la solicitante.



Consentimiento / Divulgación de información (continuación)

<input type="checkbox"/> Afirmo que la información anterior es precisa y completa a mi leal saber y entender y la presento como verdadera y correcta bajo pena de ley (Sección 4904 del Código de Delitos de Pensilvania).	
FIRMA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

Información de pago

Método de pago

¿Tiene un código de pago de proveedor para esta aplicación? No se requiere un código de pago para enviar su solicitud.

<input type="checkbox"/> Sí	CÓDIGO DE PAGO (EJEMPLO: 123K56789D23)		
<input type="checkbox"/> No	FORMA DE PAGO <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Giro postal	CANTIDAD	FECHA