



ECCF

Solicitud de instalación de cuidado infantil de emergencia

Instrucciones: Por favor, escriba claramente utilizando sólo tinta azul o negra; no utilizar lápiz. Envíe con la documentación correspondiente a la dirección que figura en el reverso del formulario.

Sección 1: Información sobre instalaciones de cuidado infantil de emergencia

Nombre del centro

Dirección	Ciudad	Código postal	Condado
-----------	--------	---------------	---------

Dirección postal del sitio	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------------	--------	--------	---------------

Número de teléfono del sitio	Fax	Correo electrónico
------------------------------	-----	--------------------

Dueño

Nombre del dueño

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	--------	--------	---------------

Número de teléfono	Fax	Correo electrónico
--------------------	-----	--------------------

Contacto principal

Nombre de la persona de contacto (nombre, apellido)	Número de teléfono de la persona de contacto
---	--

Sección 2: Programa de Operación

Tipo de facilidad:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programa escolar operado por el distrito escolar | <input type="checkbox"/> Programa basado en la comunidad que opera en un edificio escolar |
| <input type="checkbox"/> Head Start operando en su ubicación actual | <input type="checkbox"/> Head Start operando en una nueva ubicación |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Rango de edad de los niños atendidos y capacidad: marque todos los que correspondan e incluya el número de capacidad.

- 0 a 2 años _____ Capacidad
- 3 a 5 años _____ Capacidad
- Edad escolar (6 a 12) _____ Capacidad

* Tome en cuenta el tamaño máximo del grupo de cuidado infantil de emergencia y la relación a continuación

Hora de Operación	Días de la semana en operación <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
-------------------	---

Sección 3: Idioma preferido: NOTA: No todos los materiales de la Oficina de Cuidado Infantil están disponibles en otros idiomas

Inglés Español Vietnamita Ruso Chino Otro especifique: _____

Presentación de la solicitud

- Todos los empleados y voluntarios mayores de 18 años deben pasar la verificación de antecedentes de emergencia de la Oficina de Cuidado Infantil o estar inscritos en el Registro Central de Antecedentes de la Oficina de Cuidado Infantil

NOTA: Los solicitantes que trabajan en distritos escolares pueden utilizar verificaciones de antecedentes por parte del distrito.

Proceso de solicitud:

La presentación de una solicitud incompleta retrasará el trámite

- Llene la solicitud
- No hay un pago para esta aplicación
- Lista completa del personal de las instalaciones (EBC-612)
- Envíe por correo electrónico la solicitud completa y la lista del personal de la instalación a:
OCC.CustomerService@state.or.us

Al usted enviar esta solicitud, acepta hacer lo siguiente:

1. Cumplir con el requisito descrito en la Orden Ejecutiva 20-12:
 "El cuidado de niños debe llevarse a cabo en grupos máximos estables de 10 o menos niños ('estable' significa que los mismos niños de 10 o menos, que están en el mismo grupo cada día) y en un salón de clases u hogar al que no puedan acceder los niños fuera del grupo estable."
- 2. Dar prioridad para servir a los hijos de Trabajadores Esenciales en el siguiente orden:
 - Socorristas, trabajadores de emergencia, profesionales de la salud,
 - Seguido por personal de operaciones críticas y personal esencial,
 - Seguido por personas que trabajan fuera del hogar.
- 3. Mantener conciencia para seguir los "Procedimientos de seguridad y orientación para las instalaciones de cuidado infantil que funcionan durante COVID-19" establecidas por la Autoridad de Salud de Oregon y la División de Aprendizaje

Firma del solicitante

La información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Una instalación de cuidado infantil de emergencia aprobada solo es válida durante la duración de la emergencia. La Oficina de Cuidado Infantil puede suspender o revocar su aprobación antes del fin de la emergencia.

 Firma del solicitante _____ Fecha
 (La persona debe contar con la autorización del dueño para completar la solicitud)

Envíe por correo electrónico la solicitud firmada y completa, y documentación:
OCC.CustomerService@state.or.us
Fax: 503-947-1428

El Departamento de Educación es un programa / empleador de igualdad de oportunidades.

FOR OFFICE OF CHILD CARE REPRESENTATIVE TO COMPLETE

Emergency Child Care Facility Start Date:	RA
Close Date:	Closure Reason: <input type="checkbox"/> Voluntary <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> Denied
Reinstate Date	C&C <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Intake Initials: <input type="checkbox"/> Continue Process <input type="checkbox"/> Other (see CCRIS) CS Initials:



Lista actualizada del personal del establecimiento

Antes de contratar personal nuevo para su establecimiento, usted debe confirmar que estén inscritos en el registro central de antecedentes penales (CBR) de la Oficina de Cuidado Infantil (OCC). Y, además, el personal deberá estar calificado para la posición que ocupan.

Correos electrónicos automatizados para personales que han pasado por una revisión de antecedentes.

Por favor, indique la siguiente información en la tabla que se presenta a continuación:

1. Apellido, nombre y segundo nombre de la persona
2. Información individual (**proporcionar una de las siguientes**):
 - a. Los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social
 - b. Fecha de nacimiento
 - c. Número del registro central de antecedentes penales, que comienza con la letra "R".
3. Datos de la contratación laboral
4. Vacante para el personal, seleccione por favor de entre las opciones que se presentan a continuación
5. Fecha de inicio de la posición
6. Fecha de terminación de empleo: **se utiliza únicamente si la persona ya no está empleada. Utilice la fecha en la que dejaron el empleo.**

Posiciones para instalaciones de cuidado infantil de emergencia
Director/a
Maestro/a
Auxiliar
Ayudante
Cocinero/a
Conductor/a
Gerente
Voluntario/a

1. Nombre: apellido, primer nombre y segundo nombre.	2. Información de identificación (a-c)	3. Fecha de contratación (día, mes y año)	4. Posición del personal	5. Fecha de inicio de empleo (día mes y año)	6. Fecha de terminación del empleo (Día, mes y año)	Resultados (únicamente para el uso de la oficina)

Por favor envíe el formulario completado a:
 Correo electrónico: **OCC.CustomerService@state.or.us**
 Fax: 5 03-947-1428

Nombre de las instalaciones: _____
 Número de la licencia o de la información: _____
 Nombre de contacto: _____
 Número de teléfono: _____
 Número de fax: _____
 Correo electrónico: _____