Oregon
Kate Brown, Governor

Early Learning Division
Office of Child Care

Lista del personal del cuidado infantil

Puede ser llevada al lugar de vacunación

Fecha: _____

Información de la instalación de cuidado infantil

Nombre de la instalación: _____ Número del programa de OCC: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Lista del personal que tiene la intención de ser vacunado y que está vinculado al programa y que requiere haber pasado una verificación de antecedentes penales de emergencia o que este en el registro de antecedentes penales:

	Nombre del personal		Nombre del personal
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

Al firmar y enviar este formulario, Estoy indicando que:

Soy el propietario o representante autorizado de la instalación de cuidado infantil con la licencia mencionada anteriormente. La información proporcionada en este formulario es precisa y completa. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en un hallazgo valido de incumplimiento.

_____ _____
Nombre impreso del representante de la instalación — Título o función

_____ _____
Firma del representante de la instalación — Fecha

Inglés en la página 2 | English on Page 2

Oregon

Kate Brown, Governor

Early Learning Division
Office of Child Care

Child Care Facility Staff List

This list may be brought to a vaccination location.

Date: _____

Child Care Facility Information

Name of Facility: _____ OCC Program #: _____

Address: _____

City: _____ Zip: _____ Phone: _____

List staff in your program who intend to be vaccinated. All staff are required to either have passed an Emergency Background Check or be in the Central Background Registry:

	Staff Name		Staff Name
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

By signing and submitting this form, I am indicating:

I am the owner or authorized representative of the licensed child care facility listed above. The information provided in this form is accurate and complete. I understand that providing false or misleading information may result in a valid finding of noncompliance.

_____ _____
Facility Representative Printed Name Title or Role

_____ _____
Facility Representative Signature Date

Española en la página 1 | Spanish on Page 1