CHILD IN CARE STATEMENT/RECEIPT
DECLARACIÓN/ RECIBO DE NIÑO BAJO CUIDADO
Department of Licensing and Regulatory Affairs
Child Care Licensing

Nombre(s) del Niño(s) (Apellido, Nombre, Inicial del 2 ^{do} Nombre)	
Licenciatario/Nombre del inscrito	Licencia/Número de Registro

Sección 1: Recibo de Políticas y Reglas – Debe ser completado por uno de los padres.

El padre/tutor debe firmar con su inicial de que lo siguiente fue recibido:

___ Reglas de Licencia para Hogares Familiares o Grupales de Cuidado de Niños. [R 400.1907 (1b)]
 En base a estas reglas, entiendo que debo entregar una autorización por escrito antes de que:

- Se dé o aplique medicación a mi hijo.
- Mi hijo sea transportado en un vehículo.
- Mi hijo participe en excursiones, que no involucren transporte.
- Mi hijo participe en natación.

___ La política de disciplina que este hogar de cuidado de niños usará con mi hijo. [R 400.1907 (1b)]

Las violaciones pueden ser reportadas a la ley reguladora en www.michigan.gov/bcalcomplaints.

Sección 2: Declaración de Salud y Vacunaciones – Para ser completado por uno de los padres.

El padre/tutor debe firmar con su inicial una de las siguientes opciones:

___ Mi hijo no tiene problemas de salud que puedan representar un riesgo para él/ella u otros niños y adultos **y** no posee limitaciones ni necesidades especiales con relación a su participación en actividades diarias.

___ Mi hijo tiene un problema de salud que podría representar un riesgo para él/ella u otros niños y adultos **y/o** presenta limitaciones de participación o tiene necesidades especiales o de tratamiento cuando está bajo cuidado. Describa (use el reverso o adjuntar).

Mi hijo completó o está en proceso de recibir las vacunaciones recomendadas por el Department of Community Health.

Sí No Si no es así, especifique la razón ► Religiosa Médica Otro

Sección 3: Avisos al Padre – Para ser completado por el proveedor.

Sí	No	
☐	☐	Es posible que un asistente de cuidado de entre 14 a 17 años cuide a su hijo. [R 400.1907 (1b)]
☐	☐	Un asistente de cuidado podrá cuidar a su hijo en mi ausencia. Le informaré cada vez que esto suceda. [R 400. 1903 (1d)]
☐	☐	Todos los niños que residan en el hogar de cuidado de niños recibieron las vacunaciones recomendadas por el Department of Community Health. R 400.1906(3)]
☐	☐	Hay animales y mascotas en el hogar de cuidado. [R 400.1936 (1)] Si es sí anote: _____
☐	☐	En el hogar se usan tratamientos con pesticidas o fertilizantes. Le informaré antes de cada aplicación. [R 400.1932 (5)]
☐	☐	Hay armas de fuego en las instalaciones. [R 400.1907(1b)]
☐	☐	El hogar de cuidado de niños fue construido antes de 1978 y la posible presencia de pintura a base de plomo o riesgos de polvo de plomo existen. Si es así, le informaré por escrito antes de cada remodelación, renovación, o aplicación de pintura que pudiera alterar la pintura a base de plomo o producir polvo de plomo. [R 400.1932(7), R 400.1907(1b) y R 400.1932(7)]
☐	☐	Debo seguir los requisitos para la seguridad de sueño infantil requerido por R 400.1912 and 400.1916.
☐	☐	Mantengo un cuaderno de informes de inspecciones de licencia e informes de investigaciones especiales y planes de acción correctiva relacionados. Dicho cuaderno está disponible durante el horario de funcionamiento. Informes de por lo menos los últimos dos años figuran en el sitio web de licenciamiento en www.michigan.gov/michildcare . [MCL 722.113g]

Sección 4: Acuerdo de Comidas – Para ser completado por quien provee la comida cuando el niño está bajo cuidado.

El individuo que provee comida mientras el niño se encuentra bajo cuidado debe firmar con su inicial a continuación. Si es en forma combinada, ambos deben firmar con su inicial e indicar qué artículos brindarán.

___ Proveedor _____

___ Padre/ Tutor _____

Certifico que leí y entiendo este formulario. Certifico que si la salud de mi hijo cambia, informaré al proveedor actualizando este formulario.

_____	_____
Firma del Padre/ Tutor	Fecha

Certifico que completé de forma precisa este formulario y que si algo cambia, notificaré al padre actualizando este formulario.

_____	_____
Firma del Proveedor	Fecha

Fecha de revisión de la credencia	Iniciales del padre o tutor lega	evisión de la fecha de la credencia	Iniciales del padre o tutor lega	evisión de la fecha de la credencia	Iniciales del padre o tutor lega	evisión de la fecha de la credencia	Iniciales del padre o tutor lega

LARA es un empleador/programa que apoya la igualdad de oportunidades de empleo.