**OCFS-4915-S** (7/2010)

**ESTADO DE NUEVA YORK**

**OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**

**Historial de Convicciones Criminales y Reconocimiento del Padre/Madre** 18 NYCRR, 415.4(f)(7)(i)

Se aplica al proveedor(a) de cuidado infantil (o de niños), a los empleados, a los voluntarios y a miembros de hogares de cuidado infantil legalmente exentos de 18 años o más de edad. Use un formulario del historial para cada persona. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nombre del Proveedor(a) de Cuidado Infantil: |  | | | | |
| 1. Nombre del Individuo con Convicción Criminal: | |  | | | |
| 1. Especifique Nombre del Crimen y Ley/Código Penal: | | |  | | |
| 1. Fecha(s) de Disposición y Penalidad(es) Impuesta(s): | | | |  | |
| 1. Descripción: | | | | | |
| 1. Otra Información Relevante: | | | | | |
| Yo atestiguo que la información anterior es un resumen verdadero y correcto. | | | | | |
| firma de la persona con historial criminal - si no es el proveedor(a) | | | | | fecha: |
| FIRMA DEL PROVEEDOR(A) : | | | | | fecha: |
| **ATESTACIÓN DEL PADRE/MADRE**  Yo comprendo que el proveedor(a) que he seleccionado, u otra persona nombrada anteriormente que haya estado en el establecimiento del programa de cuidado infantil, tiene el historial criminal descrito anteriormente.  Yo comprendo que tengo derecho a seleccionar a otro proveedor(a). Si necesito ayuda en encontrar a otro  proveedor(a), puedo solicitarla de la agencia local de recursos y referencia y/o del distrito local. Por la presente renuncio a este derecho y al firmar este formulario, estoy declarando que yo elijo a este proveedor(a) para el cuidado de mi hijo(a). | | | | | |
| firma del padre/madre/ encargado(a): | | | | | fecha: |
| NOMBRE del padre/madre/ encargado(a) EN LETRAS DE IMPRENTA: | | | | | |