**OCFS-4916-S** (7/2010)

**ESTADO DE NUEVA YORK**

**OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**

**HISTORIAL DE EJECUTORIA DE CUIDADO DIURNO Y RECONOCIMIENTO DEL PADRE/MADRE**

18 NYCRR, 415.4 (f)(8)(iii)(a)

*Se aplica solamente al Proveedor(a) de Cuidado Infantil.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nombre del Proveedor(a) de Cuidado Infantil: | | |  | | |
| 1. Nombre del programa de cuidado infantil con historial de ejecutoria: | | | |  | |
| 1. Lugar: |  | | | | |
| 1. Tipo(s) de ejecutoria *(Marque lo que se aplica):* | | | Denegación  Revocación  Suspensión | | |
| 1. Fechas de ejecutoria: | |  | | | |
| * Describa lo que causó la denegación, revocación o suspensión de su licencia/registro para operar   un programa de cuidado infantil diurno: | | | | | |
| * Explique las razones de lo que sucedió: | | | | | |
| 1. Otra Información Relevante: | | | | | |
| Yo atestiguo que la información anterior es un resumen verdadero y correcto. | | | | | |
| FIRMA DEL PROVEEDOR(A) : | | | | | FECHA: |
| **ATESTACIÓN DEL PADRE/MADRE**  Yo comprendo que el proveedor(a) que he seleccionado y que se nombra anteriormente tiene un historial de ejecutoria relativo al cuidado diurno que se describe arriba.  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: | | | | | FECHA: |