

# INSTRUCCIONES

## Solicitud de Licencia para el Hogar de Cuidado de Niños II

### INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1. **Tipo de Licencia:** Indique si está solicitando una licencia Provisional (primer año de licencia) o si está solicitando una Licencia de Operación No Expirable (debe haber completado primero un año con una licencia provisional).
2. **Nombre del Programa de Cuidado Infantil Familiar:** El nombre de su programa que aparecerá en su licencia.
3. **Dirección Física del Programa de Cuidados Familiares de Niños:** La dirección física donde opera el programa
4. **Tipo de Estructura:** Indique si el programa está ubicado en una iglesia, una escuela u otra estructura como una tienda, un edificio gubernamental, etc.
5. **Número de Teléfono/Fax:** El número de teléfono con el código de área del programa de cuidado infantil familiar. Se requiere que tenga un teléfono operativo en las instalaciones. Se acepta un teléfono móvil. Se solicita un número de fax, si está disponible.
6. **Dirección de Correo Electrónico:** La dirección de correo electrónico del centro de atención familiar, donde se puede enviar la correspondencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
7. **Nombre del Proveedor Principal:** El nombre de la persona que será responsable del funcionamiento cotidiano del programa de Guardería Familiar II, incluido el cumplimiento de todas las normas.
8. **La Capacidad de Licencia Solicitada:** Refiérase al Reglamento de Hogares de Cuidado Infantil para determinar la capacidad de su programa. La capacidad que usted solicita puede no ser aprobada por el DHHS y/o el Jefe de Bomberos. El número de niños en el cuidado no puede exceder la capacidad autorizada en ningún momento.
9. **Rango de Edad de los Niños Atendidos por el Programa:** Consulte el Reglamento de Guarderías Familiares II para determinar el rango de edad de los niños que puede atender (El rango más común es de 6 semanas a 13 años).
10. **Horario de Operaciones:** Las horas en las que se proporcionará el cuidado de los niños. Cualquier hora entre las 9:00 pm y las 6:00 am se considera cuidado nocturno. Por favor, consulte el Reglamento del Hogar de Cuidado Infantil II en relación con el cuidado nocturno.
11. **Días de Operación:** Marque cada día de la semana en que va a operar su programa.
12. **Dirección Postal Preferida:** La dirección a la que debe enviarse todo el correo del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Incluya la Calle, el apartado postal (si procede), la ciudad, el estado y el código postal.
13. **Subsidio para el Cuidado de Niños.** Indique si: Acepta la subsidio para el cuidado de niños; Actualmente no acepta el subsidio, pero está dispuesto a hacerlo en el futuro; o No acepta el subsidio.
14. Debe proporcionar la información requerida para TODAS las personas designadas como proveedor principal, personal, sustitutos, voluntarios, incluido USTED MISMO.
15. **¿El centro de Cuidado Familiar de Niños II estará ubicado en una residencia privada?** Si el Centro de Cuidado Infantil Familiar II NO estará ubicado en la residencia del solicitante, marque la casilla NO y pase a la página 2 de la solicitud. Si el Centro de Cuidado Infantil Familiar II se ubicará en la residencia del solicitante, marque la casilla SÍ. A continuación, debe proporcionar la información requerida para TODAS las personas que residen en el hogar. **AVISO:** El solicitante debe presentar la aprobación de zonificación de la jurisdicción pertinente, al Departamento de Salud y Servicios Humanos para cumplir con los requisitos de licencia --- Consulte el documento "Documentación Adicional Requerida."

*Las instrucciones continúan en la página siguiente →→→→→*

## INFORMACIÓN Y REQUISITOS DE PROPIEDAD

1. **Propiedad del negocio:** Marque la casilla correspondiente.
2. **Nombre de la Propiedad del Negocio:** Enter the information listed below, associated with the box checked in number 1.
  - **Individuo(s)**, introduzca su(s) nombre(s) legal(es): Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre
  - **Sociedad**, introduzca TODOS los nombres legales de los socios: Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre
  - **Sociedad de Responsabilidad Limitada (LLC)**, entre nombre legal de la LLC.
  - **Corporacion**, introduzca el nombre legal de la corporación
3. **Agente Autorizado(s):** El nombre legal completo y cargo de la persona(s) designado por los Propietarios del Negocio para firmar Solicitudes de Modificación y otros Documentos de Licencia.
4. **Número de Identificación Federal:** Si no tiene número de ID Federal, indique "ninguno". El número no se utilizará sin consentimiento, salvo en los casos previstos por la ley.
5. **Número de la Secretaría de Estado:** Si es una **Sociedad de Responsabilidad Limitada o una Corporación**, debe solicitar este número al Secretario de Estado de Nebraska.
6. **Dirección postal SI es diferente a la del #12 de la página 1:** Indique la dirección postal si es diferente de la indicada en #12 en la página 1. Si ambas direcciones son las mismas, indique "misma."
7. **Número de Teléfono Preferido si es diferente al 5 de la página 1:** Indique el número de teléfono si es diferente al del # 5 de la página 1. Si los dos números de teléfono son iguales, indique "mismo."
8. **Dirección de Correo Electrónico Preferida si es diferente a la del #6 de la página 1:** Ponga la dirección de Correo Electrónico si es diferente a la del #6 en la página 1. Si las dos direcciones de correo electrónico son iguales, indique "mismo."
9. **¿Tiene alguna entidad identificada como Propietario de Negocio, o miembro de una LLC o Corporación, listada en el punto #2 en la página 2, ha solicitado y recibido alguna vez una licencia de cuidado infantil/preescolar en Nebraska?:** Los Propietarios Individuales, los Socios, los miembros de las Sociedades de Responsabilidad Limitada y los miembros de las Corporaciones deben informar de su historial de licencias de guardería/preescolar. Esta información está sujeta a verificación.
10. **Si el Programa es propiedad de un Propietario Individual o de una Sociedad de Propietarios, cada Propietario debe completar lo siguiente:** Cada individuo o socio debe completar la **ATESTACIÓN LEGAL** en la página 3 de esta solicitud para cumplir con los Estatutos Revisados de Nebraska 4-808 to 4-414 que acredite su presencia legal en los Estados Unidos.

Si el Programa es propiedad de una Sociedad de Responsabilidad Limitada o una Corporación, continúe con la sección de **Certificación y Firma del Propietario en la página 4:** Lea y complete la sección "Certificación y Firma de los Propietarios".

### CERTIFICACIONES Y FIRMAS DE LOS PROPIETARIOS

Por favor, lea atentamente esta sección antes de firmarla para asegurarse de que está firmada por TODAS las partes requeridas. La firma de esta solicitud verifica que la información proporcionada es verdadera y correcta.

### PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD, DOCUMENTACIÓN & TARIFAS

**OPCION 1: Correo Electronico:** La solicitud completada y la documentación adicional requerida SÓLO pueden presentarse al Departamento escaneando y enviando por correo electrónico dichos documentos a [DHHS.ChildCareLicensing@nebraska.gov](mailto:DHHS.ChildCareLicensing@nebraska.gov).

La tarifa requerida debe enviarse por separado por correo de EE.UU., junto con una copia de la primera página de la solicitud, a la dirección correspondiente que se indica a continuación en la opción 2.

**OPCION 2: Correo de EEUU:** La solicitud completa, la documentación adicional requerida y la tarifa pueden enviarse por correo a:

*Los condados de Cass, Douglas, Sarpy & Washington :*  
DHHS/Division of Public Health  
Office of Children's Services Licensing  
1313 Farnam Street, 3<sup>rd</sup> Floor  
Omaha, NE 68102

*TODOS los demás condados de Nebraska:*  
DHHS/Division of Public Health  
Office of Children's Services Licensing  
P.O. Box 94986  
Lincoln, NE 68509-4986

## SOLICITUD DE CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR II

**POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE, DIGITE O IMPRIMA DE FORMA LEGIBLE**

### INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

- Tipo de Licencia: (*Marque uno*)  Provisional  Operativo      Número de Licencia Actual: \_\_\_\_\_
- Nombre del Programa de Cuidado Infantil Familiar: \_\_\_\_\_
- Dirección Física del Programa de Cuidados Familiar de Niños \_\_\_\_\_  
 (Calle, Ciudad, Código Postal)      Condado: \_\_\_\_\_
- Tipo de Estructura: (*Marque uno*) Casa  Iglesia  Escuela  Otros \_\_\_\_\_
- Teléfono/Fax, incluyendo el código de área: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_
- Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
- Nombre del Proveedor Principal: \_\_\_\_\_
- Capacidad de Licencia Solicitada: \_\_\_\_\_
- Rango de Edad de Niños a Ser Atendidos: DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_  
 Marque uno (semanas, meses, años)      Marque uno (meses, años)
- Horas de Operaciones: (*Especifique a.m. o p.m.*) DESDE: \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_ O  Cuidado 24 horas
- Días de Operación: (*Marque todo lo que aplique*):  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo
- Dirección Postal Preferida: \_\_\_\_\_  
 (P.O. Box, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)
- Subsidio para Cuidado de Niños (*marque uno*) :       *Acepta el subsidio.*  
     *Actualmente no acepta subsidio, pero están dispuestos a hacerlo en el futuro*  
     *No acepta subsidio.*
- Proporcione la siguiente información para **TODAS** las personas designadas como proveedor principal, personal, sustitutos voluntarios, incluido **USTED**:

NOMBRE LEGAL <i>(Apellido, Nombre, Inicial de Segundo Nombre)</i>	OTROS NOMBRES USADOS <i>(soltera, alias, apodo)</i>	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO <i>(MM/DD/YY)</i>	POSICION <i>(i.e., personal)</i>	PTE FTE	HORARIO DE TRABAJO <i>(horas/días)</i>

15. ¿El Hogar de Cuidado de Niños II estará ubicado en una residencia privada? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, facilite la siguiente información sobre TODAS las personas que residen en el domicilio de la guardería, INCLUIDOS usted mismo, su cónyuge, su pareja, sus hijos, sus nietos y cualquier otra persona.

NOMBRE LEGAL (Apellido, Nombre, Inicial de Segundo Nombre)	OTROS NOMBRES USADOS (soltera, alias, apodo )	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YY)	RELACION CON EL SOLICITANTE (i.e., Hijo Hija)

### INFORMACIÓN Y REQUISITOS DE PROPIEDAD

1. Propiedad del Negocio:(Marque uno) \_\_Individuo \_\_Sociedad \_\_ Compañía de Responsabilidad Limitada \_\_ Corporacion
  2. Nombre de la Propiedad del Negocio:\_\_\_\_\_
  3. Agente Autorizado(s):\_\_\_\_\_
  4. Número de Identificación Federal:\_\_\_\_\_
  5. Número de la Secretaría de Estado:\_\_\_\_\_ (Sociedad de Responsabilidad Limitada o Corporación SOLO)
  6. Dirección Postal SI es diferente a la del # 12 de la página 1:\_\_\_\_\_
  7. Número de Teléfono Preferido SI es diferente al # 5 de la página 1: \_\_\_\_\_
  8. Dirección de Correo Electrónico Preferida SI es diferente a la # 6 en la Página 1:\_\_\_\_\_
  9. ¿Alguna entidad identificada como Propietario del Programa en el punto #2 anterior ha solicitado y recibido alguna vez una licencia de cuidado infantil/preescolar en Nebraska? \_\_\_ SI \_\_\_ NO Si es así, identifique a las personas y el nombre y la dirección de CADA programa: \_\_\_\_\_
  10. Si el programa es propiedad de un INDIVIDUO O UNA SOCIEDAD, cada propietario debe rellenar la siguiente sección de declaración legal en la página 3 de esta solicitud: (Si hay más de 3 socios, añada páginas adicionales.)→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→→
- SI EL PROGRAMA ES PROPIEDAD DE UNA CORPORACIÓN O SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA, continúe con Certificación y firma del propietario(s) Sección en la Página 4.**
-

# ATESTACIÓN LEGAL

*ESTA PÁGINA SÓLO DEBE RELLENARSE SI EL PROGRAMA ES PROPIEDAD DE UNA PERSONA FÍSICA O UNA SOCIEDAD*

## **PROPIETARIO INDIVIDUAL/SOCIO #1**

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Marque uno:  a. Soy ciudadano de Estados Unidos; **O**

b. Soy un extranjero cualificado según la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad.

Mi estatus de Inmigrante y número de extranjero es: \_\_\_\_\_

Si ha marcado la casilla b anterior, debe marcar la casilla del documento que presenta para verificar su presencia legal en los Estados Unidos:

Una Tarjeta de Registro de Extranjeros (Formulario I-551, también conocido como "Tarjeta Verde")

Un pasaporte extranjero no caducado con un Sello Temporal I-551 no caducado con el mismo nombre que el pasaporte

Un documento que muestre un Número de Registro de Extranjero (A#)

Un formulario I-94 (Registro de Llegada - Salida)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **PROPIETARIO INDIVIDUAL/SOCIO #2**

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Marque uno:  a. Soy ciudadano de Estados Unidos; **O**

b. Soy un extranjero cualificado según la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad.

Mi estatus de Inmigrante y número de extranjero es: \_\_\_\_\_

Si ha marcado la casilla b anterior, debe marcar la casilla del documento que presenta para verificar su presencia legal en los Estados Unidos:

Una Tarjeta de Registro de Extranjeros (Formulario I-551, también conocido como "Tarjeta Verde")

Un pasaporte extranjero no caducado con un Sello Temporal I-551 no caducado con el mismo nombre que el pasaporte

Un documento que muestre un Número de Registro de Extranjero (A#)

Un formulario I-94 (Registro de Llegada - Salida)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **PROPIETARIO INDIVIDUAL/SOCIO #3**

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Marque uno:  a. Soy ciudadano de Estados Unidos; **O**

b. Soy un extranjero cualificado según la Ley Federal de Inmigración y Nacionalidad.

Mi estatus de Inmigrante y número de extranjero es: \_\_\_\_\_

Si ha marcado la casilla b anterior, debe marcar la casilla del documento que presenta para verificar su presencia legal en los Estados Unidos:

Una Tarjeta de Registro de Extranjeros (Formulario I-551, también conocido como "Tarjeta Verde")

Un pasaporte extranjero no caducado con un Sello Temporal I-551 no caducado con el mismo nombre que el pasaporte

Un documento que muestre un Número de Registro de Extranjero (A#)

Un formulario I-94 (Registro de Llegada - Salida)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN Y FIRMAS DE LOS PROPIETARIOS

En la solicitud debe incluirse una lista con los nombres y direcciones completos de todas las personas que controlan el programa de Hogares de Cuidado Infantil Familiar II. Esta lista debe incluir a todos los propietarios individuales, socios, miembros de la sociedad de responsabilidad limitada, empresas matrices, si las hay, y miembros de los consejos de administración que posean o gestionen las corporaciones y cualquier otra persona con intereses financieros o inversiones en el programa de Hogares de Cuidado Infantil Familiar II. En el caso de las corporaciones públicas, los propietarios individuales enumerados deben incluir cualquier accionista que posea el 5% o más de las acciones de la compañía.

Todas las Solicitudes deben ser firmadas por:

- El propietario, cuando el solicitante es un **Propietario Individual**;
- Todos los propietarios, cuando los solicitantes son una **Sociedad** ;
- Dos miembros, cuando el solicitante sea una Sociedad de Responsabilidad Limitada (se aceptará Una firma si la LLC es una empresa de un solo miembro.)
- Dos oficiales que tengan autoridad para obligar a la Corporación a los términos de la solicitud, cuando el solicitante sea una corporación. No obstante, se aceptará una firma si se presentan los estatutos de la sociedad junto con la solicitud.

Yo/nosotros hemos leído las Reglas y Regulaciones emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska-División de Salud Pública-Unidad de Licencias-Oficina de Servicios para Niños y cumpliremos si se emite una licencia. Yo/Nosotros hemos revelado completamente a todos los dueños del programa, sin importar si un dueño participa en la operación del programa. Yo/nosotros certifico/certificamos a mi/nuestro leal saber y entender que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta

---

Nombre y Cargo en Letra de Molde

---

Firma

---

Fecha

---

Nombre y Cargo en Letra de Molde

---

Firma

---

Fecha

---

Nombre y Cargo en Letra de Molde

---

Firma

---

Fecha

# DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA

## Solicitudes de Licencia para el Cuidado Familiar de Niños II

### **Solicitud Provisional: Los siguientes documentos y formularios adicionales deben ser presentados con su solicitud provisional:**

1. Debe incluirse un "Consentimiento y Autorización de Divulgación de Información" para:
  - Solicitante(s) (véase la página 4 de la Solicitud para la definición de solicitante)
  - Personal de 16 años o más
  - Suplentes de 16 años o más
  - Voluntarios de 13 años o mas
  - Miembros del hogar mayores de 13 años si el programa está ubicado en una residencia privada
2. De acuerdo con el Estatuto Revisado de Nebraska §71-1912, se debe obtener un registro nacional de huellas dactilares a través de la Patrulla del Estado de Nebraska para los solicitantes, el personal, los Suplentes, los Voluntarios y los Miembros del Hogar. Para una lista de Lugares de Escaneo en Vivo visite:  
[https://statepatrol.nebraska.gov/sites/default/files/public\\_livescan\\_list.pdf](https://statepatrol.nebraska.gov/sites/default/files/public_livescan_list.pdf)  
Para concertar una cita para la toma de huellas dactilares en Lincoln u Omaha:  
<https://www.nebraska.gov/apps-nsp-appointment-calendar/schedule/index>  
Una persona que viva en Nebraska menos de 12 meses debe obtener un documento de verificación de antecedentes penales del estado(s) de residencia anteriores.
3. Un Informe de Contacto con las Fuerzas de Seguridad para las siguientes personas de 19 años o más(Ver 391 NAC 2-006.02C):
  - Solicitante(s)
  - Personal
  - Sustitutos
  - Voluntarios
  - Miembros del hogar, si el programa está ubicado en una residencia privada
4. Un informe de Información Sanitaria para las siguientes personas (Ver 391 NAC 2-006.02F):
  - Solicitante/Proveedor principal
5. Fotocopias del anverso y reverso de las tarjetas/certificados de CPR y primeros auxilios del proveedor principal (véase 391 NAC 2-006.04F)
6. Antes de presentar la Solicitud y los documentos adicionales requeridos, debe completar. **Orientación en el Hogar de Cuidados Familiar de Niños y Formación de Preparación para el Cuidado de la Salud y la Seguridad.**  
<https://dhhs.ne.gov/licensure/Pages/How-to-Apply-for-a-Child-Care-or-Preschool-License.aspx>  
<https://dhhs.ne.gov/Child%20Care%20Documents/Prepare%20to%20Care%20Health%20and%20Safety%20Instructions.pdf#search=prepare%20to%20care>
7. Un croquis, diagrama o plano de la planta que muestre las dimensiones, la disposición de las habitaciones que utilizarán los niños y la zona de juegos al aire libre.
8. Copia de la aprobación municipal/de zonificación de la jurisdicción pertinente.
9. Comprobante de Seguro de Responsabilidad Civil (El comprobante de Seguro de Responsabilidad Civil DEBE presentarse antes de que se emita la licencia si no se presenta con su solicitud).
10. La Tarifa de Licencia requerida (ver 391 NAC 2-004.07).

### **Aplicación Operativa: Los siguientes documentos y formularios adicionales deben presentarse junto con la solicitud de operación:**

1. Un Informe de Contacto con las Fuerzas de Seguridad para los siguientes individuos(Ver 391 NAC 2-006.02C):
  - Solicitante(s)
  - Personal
  - Sustitutos
  - Voluntarios de 19 años o más
  - Miembros del hogar mayores de 19 años si el programa está ubicado en una residencia privada
2. Prueba de Seguro de Responsabilidad Civil.
3. La Tarifa de Licencia requerida (Ver 391 NAC 2-004.07).