

Estado de Nuevo México
Departamento de Educación y Cuidado en la Primera Infancia



SOLICITUD DE LICENCIA PARA HOGAR FAMILIAR/GRUPAL DE CUIDADO INFANTIL

RIFA DE LA SOLICITUD: \$15 (cargo por pago atrasado de \$5)

TARIFA POR ENMIENDA: \$5

SOLICITUD INICIAL

- APROBACIÓN DE ZONIFICACIÓN
- INSPECCIÓN CONTRA INCENDIOS
- APROBACIÓN DEL DEPARTAMENTO MEDIOAMBIENTAL (si corresponde)
- CERTIFICACIÓN DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (CPR)/PRIMEROS AUXILIOS
- HORARIO DE ACTIVIDAD
- APROBACIÓN DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

SOLICITUD DE RENOVACIÓN (Verificar condición actual)

- NIVEL DE ESTRELLAS _____
- ACREDITACIÓN DE NAFCC
- Fecha de vencimiento/renovación: _____
- (Adjunte una copia del certificado vigente)

CAMBIO DE CAPACIDAD

- APROBACIÓN DE ZONIFICACIÓN

SOLICITUD DE CONDICIÓN DE ESTRELLAS

- | | |
|-------------------|-------------------------------------|
| EXENCIÓN APROBADA | <input type="checkbox"/> ESTRELLA 1 |
| LICENCIA OTORGADA | <input type="checkbox"/> ESTRELLA 2 |
| LICENCIA OTORGADA | <input type="checkbox"/> ESTRELLA 3 |
| LICENCIA OTORGADA | <input type="checkbox"/> ESTRELLA 4 |
| ACREDITADO | <input type="checkbox"/> ESTRELLA 5 |

NÚMERO DE LICENCIA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO DE LA LICENCIA: _____

NOMBRE: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____ NM _____
(CALLE) (CIUDAD) (CONDADO) (CÓDIGO POSTAL)

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

NÚMERO PARA EMERGENCIAS FUERA DEL HORARIO NORMAL: _____

NÚMERO DE FAX: _____

DÍAS/HORARIO DE OPERACIÓN: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Desde la(s): _____ a. m./p. m. Hasta la(s): _____ a. m./p. m.

PARTICIPANTE DEL PROGRAMA CACFP: No Sí, patrocinador del programa de alimentos: _____

PROVEEDOR CON LICENCIA DE CRIANZA TEMPORAL/ CRIANZA TEMPORAL TERAPÉUTICA: Sí No

SE OFRECE TRANSPORTE: Sí No

CAPACIDAD SOLICITADA: 5-6 NIÑOS (2 NIÑOS PUEDEN SER MENORES DE 2 AÑOS)

5-6 NIÑOS (4 NIÑOS PUEDEN SER MENORES DE 2 AÑOS) *SE REQUIERE UN 2.º CUIDADOR

7-12 NIÑOS (4 NIÑOS PUEDEN SER MENORES DE 2 AÑOS) * SE REQUIERE UN 2.º CUIDADOR

CUANDO LA CAPACIDAD SOLICITADA EXCEDA 6 NIÑOS O 4 NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS, COMPLETE LO SIGUIENTE:

SEGUNDO CUIDADOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
(NOMBRE)

DIRECCIÓN: _____
(CALLE) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

NÚMERO DE PERSONAS DE 18 AÑOS EN ADELANTE QUE VIVEN EN EL HOGAR: _____

¿ALGUNA VEZ HA SIDO CONDENADO POR UN DELITO GRAVE O MENOR? SÍ NO
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL TIPO DE CONDENA(S), FECHA, JUEZ, TRIBUNAL DE JURISDICCIÓN Y DIRECCIÓN:

POR EL PRESENTE, YO, _____ CERTIFICO QUE NUNCA HE SIDO ARRESTADO
(NOMBRE)
NI SUSTANCIADO LA DERIVACIÓN A UNA AGENCIA DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL.

POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE ENTIENDO LAS REGLAMENTACIONES PARA LOS HOGARES FAMILIARES/GRUPALES DE CUIDADO INFANTIL . ASUMO LA RESPONSABILIDAD POR LA CONDUCTA, LOS ASUNTOS Y LAS TRANSACCIONES DEL HOGAR FAMILIAR/GRUPAL DE CUIDADO INFANTIL PARA EL CUAL SE SOLICITA LA LICENCIA. ENTIENDO QUE SERÉ RESPONSABLE DE ASEGURAR QUE EL HOGAR FAMILIAR/GRUPAL DE CUIDADO INFANTIL CUMPLA LAS REGLAMENTACIONES DE LICENCIAMIENTO VIGENTES.

ENTIENDO QUE EL HOGAR FAMILIAR/GRUPAL DE CUIDADO INFANTIL ESTÁ SUJETO A INSPECCIONES DE LA AUTORIDAD OTORGANTE DE LA LICENCIA DURANTE TODO EL HORARIO DE OPERACIÓN.

ENTIENDO QUE EL NO CUMPLIR LAS REGLAMENTACIONES DE LICENCIAMIENTO VIGENTES PUEDE OCASIONAR LA NEGATIVA O REVOCACIÓN DE LA LICENCIA PARA OPERAR UN HOGAR FAMILIAR/GRUPAL DE CUIDADO INFANTIL. SOY MAYOR DE DIECIOCHO AÑOS Y POR EL PRESENTE HAGO LA SOLICITUD DE LICENCIA PARA OPERAR UN HOGAR FAMILIAR/GRUPAL DE CUIDADO INFANTIL DURANTE UN PERÍODO QUE NO EXCEDERÁ UN AÑO CALENDARIO.

DECLARACIÓN JURADA

ESTADO DE NUEVO MÉXICO, CONDADO DE: _____

_____ HABIENDO PRESTADO EL DEBIDO JURAMENTO CONFORME A LA LEY
(Nombre del solicitante)

DECLARA Y MANIFIESTA QUE LOS HECHOS ESTABLECIDOS EN LA SOLICITUD ANTERIOR SON VERDADEROS A SU LEAL SABER Y ENTENDER.

(FIRMA DEL SOLICITANTE)

SE PRESTÓ JURAMENTO Y SE FIRMÓ ANTE MÍ

A LOS _____ DÍAS DEL MES DE _____ DE 20 _____.

(NOTARIO PÚBLICO)

MI COMISIÓN CADUCA: _____.

POR FAVOR, TOME EN CUENTA LO SIGUIENTE:

TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN ESTAR ACOMPAÑADAS POR EL PAGO DE LA TARIFA CORRESPONDIENTE, YA SEA MEDIANTE CHEQUE O GIRO POSTAL, PAGADERO AL *STATE OF NEW MEXICO* (ESTADO DE NUEVO MÉXICO).

**TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN ESTAR NOTARIADAS
LAS TARIFAS NO SON REEMBOLSABLES**

**ENVIAR A:
EARLY CHILDHOOD EDUCATION & CARE DEPARTMENT
CHILD CARE SERVICES BUREAU – LICENSING UNIT
PO DRAWER 5619, SANTA FE, NM 87502-5619**