

DECLARACIÓN DE LA EXENCIÓN DEL REQUISITO DE SOLICITAR QUE SE ME INSCRIBA EN EL REGISTRO DE PERSONAS CON ANTECEDENTES APROBADOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS (TRUSTLINE REGISTRATION) Y LA EXENCIÓN DEL REQUISITO DE COMPLETAR UNA AUTOCERTIFICACIÓN RESPECTO A LA SALUD Y SEGURIDAD

SÓLO PARA USO DEL CONDADO	
CASE NAME _____	
CLIENT CASE NUMBER _____	
WORKER NAME _____	
WORKER NUMBER _____	

INSTRUCCIONES:

Si usted es tía, tío, abuela o abuelo de un niño(s) a quien cuida, y está exenta(o) del requisito de tener licencia, por favor complete este formulario e indique en los espacios a continuación el nombre del niño y su parentesco con él/ella.

1. Nombre del proveedor _____ Fecha de nacimiento del proveedor ____/____/____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono () _____

El Estado de California requiere que los proveedores prueben que tienen 18 años de edad o más. Se tiene que adjuntar una copia de la licencia de manejar del proveedor u otro comprobante de su edad.

2. ANOTE EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DE LA FAMILIA PARA LA CUAL USTED TRABAJA.

Nombre del padre/madre/tutor legal _____ Teléfono () _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

3. EL CUIDADO DE NIÑOS SE PROPORCIONARÁ EN (MARQUE UNO): el hogar del niño el hogar del proveedor

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que por relación consanguínea, matrimonio o decreto de la corte, soy _____
(TÍA, TÍO, ABUELA O ABUELO)

de _____, _____, _____,
NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO
 _____, _____, _____,
NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO
 _____, _____, _____, a quien cuido.
NOMBRE DEL NIÑO NOMBRE DEL NIÑO

Entiendo que como soy tía, tío, abuela o abuelo, estoy exenta(o) del requisito de solicitar que se me inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños y del requisito de completar una autocertificación respecto a la salud y seguridad.	
Entiendo que el dar información incorrecta o incompleta puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.	
FIRMA DEL PROVEEDOR _____	FECHA _____

Declaro que soy el padre/madre/tutor legal del niño(s) que se menciona en este formulario, que he leído la declaración de mi proveedor de cuidado de niños, y que estoy de acuerdo con la declaración relacionada al parentesco entre el proveedor y mi hijo.	
Entiendo que tengo que devolver este formulario pronto al departamento de bienestar público del condado, al Programa de Pagos Alternativos (APP), o a otra oficina que expide pagos.	
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL _____	FECHA _____

SÓLO PARA USO DEL CONDADO O DEL APP

Return this form by: _____ to: