CCA-1200A FORFFS (4-16) ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

Administración de Cuidado de Niños

**EL MEJOR CUIDADO**

Este formulario confidencial es para ayudarle a su proveedor de cuidado de niños apoyar el crecimiento y el desarrollo de su niño mientras crean un entorno seguro, estable y saludable para todos los niños. Al proporcionar información completa acerca de su niño, usted nos asistirá en la creación de una experiencia positiva para su niño mientras está bajo cuidado de niños.

**Instrucciones:** El padre o tutor tiene que llenar el formulario, y tiene que archivarse en la instalación de cuidado de niños en o antes del primer día de asistencia del niño. Si se necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separada.

| NOMBRE DEL NIÑO | FECHA DE NACIMIENTO |
| --- | --- |
|       |       |
| PADRE O TUTOR QUE LLENA ESTE FORMULARIO | ¿CUÁL ES SU MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN? |
|        |       |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR O CENTRO      |
|  |
| Anteriormente, ¿ha asistido su niño al cuidado de niños? [ ]  Sí [ ]  No*En caso afirmativo, ¿en qué tipo de entorno(s) estuvo su niño?* *(Hogar para el cuidado de niños, guardería, etc.)*      |
| ¿Qué es los que más le gustaba del entorno de cuidado de niños anterior de su niño?      ¿Qué es lo que menos le gustó?      Otros comentarios:       |
| ¿Qué es importante para usted sobre el cuidado de su niño?      ¿Quién es importante para su niño?       |
| ¿Prefiere su niño jugar solo o con otros niños? [ ]  Solo [ ]  Otros niños |
| ¿Tiene su niño un juguete favorito u objeto transicional? [ ]  Sí [ ]  No*En caso afirmativo, ¿qué es?*       |
| ¿Cuál es el horario de dormir actual de su niño?      ¿Se duerme fácilmente su niño? [ ]  Sí [ ]  No¿Cuál es su estado de ánimo al despertarse?       |
| ¿Qué le gusta a su niño?      ¿Qué no le gusta a su niño?       |

Vea el reverso para las declaraciones de EOE/ADA/LEP/GINA.

CCA-1200A FORFFS (4-16) Página 2

| NOMBRE DEL NIÑO |
| --- |
|       |
| ¿Qué cosas especiales le dice o hace para consolar a su niño?       |
| ¿Cómo sabe cuando su niño está:*feliz?*      *triste?*      *enojado?*      *cansado?*      *de otro estado de ánimo?*       |
| ¿Cómo reacciona su niño cuando:*ocurre algo inesperado?*      *sucede algo que no le gusta?* *tiene miedo?*      *sucede otra cosa?*       |
| ¿Tiene su niño alguna condición de salud? [ ]  Sí [ ]  No*En caso afirmativo, por favor, explique:*       |
| ¿Tiene su niño alguna otra necesidad especial?  [ ]  Sí [ ]  No*En caso afirmativo, por favor, explique:*       |
| Los eventos en el hogar a menudo influyen el comportamiento del niño, por ejemplo: cambios en la familia, tales como un hermano nuevo, separación o divorcio, o mudarse a un nuevo hogar. El saber acerca de estos tiempos de transición nos permitirá ofrecer atención, comprensión, y cuidado especial que necesita su niño. |
| Recientemente, ¿ha sucedido algo en la vida de su niño que podría afectarlo? [ ]  Sí [ ]  No*En caso afirmativo, por favor, explique:*      |
| ¿Hay algo más que le gustaría compartir acerca de su niño que usted siente nos ayudaría a crear un entorno y relación positiva para su niño?      |

[ ]  Se denegó a llenar el padre o tutor

| Firma del padre o tutor |  | Fecha |
| --- | --- | --- |

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English online or in your local office.