

**Uso del formulario:** El uso de este formulario es **obligatorio para los Centros de Cuidado Infantil Familiar** para cumplir con DCF 250.04(5)(a) Wisconsin Administrative Code. El incumplimiento puede provocar la emisión de una declaración de incumplimiento. El uso de este formulario es **voluntario para los Centros Grupales de Cuidado Infantil**; sin embargo, completar este formulario asegurará que se cumpla con DCF 251.04(5)(a) y DCF 252.41(3)(a)1. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones – Empleado:** El miembro del personal / empleado deberá completar y firmar la Sección A del formulario y adjuntar cualquier documento incluidos certificados analíticos, certificados, credenciales o certificados de The Registry. **Instrucciones – Empleador:** El licenciario deberá completar la fecha de contratación y el cargo en la Sección B. El formulario completo y cualquier documentación de apoyo deben ser colocados en el legajo del miembro del personal. Todo cambio al puesto de trabajo (ascensos, descensos de categoría) debería ser registrado por el licenciario en la Sección B cuando el cambio entre en vigencia.

**SECCIÓN A – EMPLEADO** (a ser completada por el miembro del personal / empleado)

**I. Información de contacto**

Nombre – Miembro del personal		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección - Miembro del personal (Calle, ciudad, estado, código postal)		Teléfono – Casa o celular
Contacto de emergencia		
Nombre	Dirección	Teléfono
a.		
b.		

**II. Educación**

Sí  No Diploma de secundaria Si es "Sí", fecha en que se recibió: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela secundaria: \_\_\_\_\_

Sí  No GED Si es "Sí", fecha en que se recibió: \_\_\_\_\_ Nombre del organismo que lo otorga: \_\_\_\_\_

Calificaciones para el nivel de entrada (adjunte páginas adicionales de ser necesario)

Nombre – Posterior a la secundaria, Universidad, Escuela técnica	Fechas en las que asistió	Estudios principales ( <i>major</i> )	Título, diploma, credencial
a.	–		
b.	–		
c.	–		

Capacitación adicional en educación temprana (adjunte páginas adicionales de ser necesario)

Títulos de los cursos	Nombre – Sponsor / Capacitador	Fecha – Curso	Cantidad de horas
a.			
b.			
c.			

**III. Experiencia en trabajo relacionado con la infancia temprana** (Enumere el empleador más reciente primero)

a. Nombre – Empleador	Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal):	Teléfono
Cargo	Obligaciones del puesto	

Cant. de días trabajados por semana	Razón por la que se fue	Fecha de empleo (mm/dd/aaaa) -
-------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------

**III. Experiencia en trabajo relacionado con la infancia temprana** (continuado)

b. Nombre – Empleador	Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal):	Teléfono
-----------------------	---	----------

Cargo	Obligaciones del puesto
-------	-------------------------

Cant. de días trabajados por semana	Razón por la que se fue	Fecha de empleo (mm/dd/aaaa) -
-------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------

c. Nombre – Empleador	Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal):	Teléfono
-----------------------	---	----------

Cargo	Obligaciones del puesto
-------	-------------------------

Cant. de días trabajados por semana	Razón por la que se fue	Fecha de empleo (mm/dd/aaaa) -
-------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------

**IV. Afirmación**

Sí  No ¿Se le ha revocado una licencia o certificación de cuidado infantil? Si es "Sí", proporcione la fecha de la revocación y el nombre y dirección de la agencia licenciante o certificante.

Certifico que la información proporcionada arriba es completa y precisa a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_ **FIRMA** – Miembro del personal

\_\_\_\_\_ Fecha de la firma

**SECCIÓN B – EMPLEADOR** (a ser completado por el licenciario) **Nota:** Debe haber un formulario BID completo en el legajo antes del primer día de empleo.

**I. Información de la posición en el momento de la contratación**

Cargo en el momento de la contratación	Fecha – de inicio del trabajo (mm/dd/aaaa)
--	--

- Sí  No ¿Esta persona cuidará a bebés y a niños pequeños?
- Sí  No ¿Esta persona transportará a niños a los que se cuida?
- Sí  No ¿Esta persona será contada en las proporciones personal-niños?

**II. Cambios al estado del puesto** (por ejemplo, tiempo parcial a tiempo completo, ascensos, etc.)

a. Cambio en el estatus / puesto	Fecha de vigencia
----------------------------------	-------------------

b. Cambio en el estatus / puesto	Fecha de vigencia
----------------------------------	-------------------

c. Cambio en el estatus / puesto	Fecha de vigencia
----------------------------------	-------------------

d. Cambio en el estatus / puesto	Fecha de vigencia
----------------------------------	-------------------