

Plaza Community Services
 "Serving the Community Since 1905"

Provider Application/ Aplicación de Proveedor 2022-2023

Provider Information/Información de Proveedor

Provider Information/Nombre de Proveedor: _____ Other Name/Otro Nombre: _____

Last/Apellido _____ First/Nombre _____ M.I./Segundo Nombre _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ SSN (Tax I.D.)/Seguro Social(ITIN): _____

Business Name/Nombre de Negocio: _____

Address/Dirección: _____

Street Address/Dirección _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip Code/Código Postal _____

Phone Number/Número de Teléfono: _____ Cell Phone #/Numero de Celular: _____

Facility Number/
Numero de Licencia de su Negocio: _____ License Capacity/
Capacidad de su Licencia: _____ E-mail/
Correo Electrónico: _____

Hours of Operation/Horas de Operación: _____ Available Days/Días Disponibles: _____

_____ AM _____ PM Monday/lunes-Friday/viernes Other/Otro: _____

Have you been convicted of a Felony? /¿Tiene alguna Felonía? Yes/Si No/No

If yes, explain:/Si la respuesta es sí, explique: _____

Education/Educación

	Name of School/ Nombre de la Escuela	Address/ Dirección	Degree/Título
High School/ Preparatoria			
College/Colegio			
Other/Otro			

*Are you a Quality Start participant? /¿Usted es participante en Quality Start? Yes/Si No/No
 If yes, **Please Provide the last Quality Start Assessment/Si su respuesta es sí, Proporcione la última evaluación de calidad.**

Home Residentes/Residentes del Hogar

Name/Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
 Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
 Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
 Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
 Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____
 Relationship/Relación: _____

Plaza Community Services
"Serving the Community Since 1905"

Child Care Assistant/Asistente del Cuidado de Niños

Name/Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Phone Number/Numero de Teléfono: _____

Name/Nombre: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Phone Number/Numero de Teléfono: _____

Emergency Contact/Contactos de Emergencia

Please provide a minimum of two Emergency contacts /Por favor provea un mínimo de dos contactos de Emergencia.

Name/Nombre: _____ Relation/Relación: _____

Phone Number/Número de Teléfono: _____

Name/Nombre: _____ Relation/Relación: _____

Phone Number/Número de Teléfono: _____

Disclaimer and Signature/Descargó de Responsabilidad y Firma

To be considered for as a Plaza FCCHEN Provider, I understand that I need to provide a copy of the following:
Para considerarse como miembro de la red de Proveedoras de Plaza FCCHEN, yo entiendo que necesito que entregar una copia de lo siguiente:

- Child Care License/Licencia de Cuidado Infantil
- Copies of I.D and Social Security (tax number)/Copia de su Tarjeta de Identificación y seguro (número de impuestos)
- A minimum of \$1,000,000 liability Child Care insurance policy including Plaza Community Services as additional insured./
Prueba de seguro de cuidado infantil en casa que incluya un mínimo de \$1,000,000 que incluya a Plaza como parte del seguro.
- TB Test for all adults that live FCC Home, including Assistants (skin test every 2 years and x-rays every 5 years). *Prueba de tuberculosis para todos los adultos que viven en su casa incluyendo asistentes (Prueba de piel cada dos años y radiografías cada 5 años.*
- Emergency Plan/*Plan de Emergencia*
- Copy of an updated Facility Personnel Roster from Licensing (update as needed)./Copia de la Lista de Personal de Licenciatura (que sea actualizada cada que sea necesario).
- Copy of Individual Fingerprint Clearance for every adult in the home, including Assistants. /Copia de huellas individuales de cada adulto en su hogar, incluyendo Asistentes.
- Pediatric CPR, Pediatric First Aid, and Health & Safety Cards/Tarjetas de CPR, Primeros Auxilios, Salud y Seguridad
- Latest report from Community Care Licensing/Último Reporte de la Licencia de cuidado Comunitario
- Accreditation Certificate, if it applies/ Certificado de Acreditación, si le aplica
- Provide the last Quality Start Assessment/ Proporcione la última evaluación de calidad de Quality Start
- 3 Letters of Recommendation/Tres cartas de recomendación
- Receipt of License Payment/Proveer el recibo de pago de su Licencia

**I certify that my answers are true and complete to the best of my knowledge.
Yo testifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi conocimiento.**

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____