

División de Servicios para Niños y Familias
Proveedor de Subsidios para el Cuidado Infantil
Verificación de Capacitación en Salud y Seguridad

Público Objetivo: Proveedores de Subsidios para el Cuidado Infantil

Proveedor e Institución: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Número De Subsidio: _____ Número de Licencia: _____

Según lo acordado en su acuerdo de subsidio para proveedores de cuidado infantil, los proveedores que cuidan a niños que reciben subsidios deben completar y mantener la capacitación en salud y seguridad, incluida la capacitación de orientación de Nebraska *Prepare to Care* y primeros auxilios pediátricos y reanimación cardiopulmonar (RCP). Los proveedores deben completar ambas capacitaciones antes de que se pueda aprobar la inscripción; el personal nuevo puede completar la capacitación dentro de los primeros 90 días de empleo, pero debe ser supervisado por un miembro del personal o proveedor certificado hasta que se complete la capacitación.

Envíe la siguiente información sobre la finalización de la capacitación de *Prepare to Care* y primeros auxilios pediátricos / RCP para su programa de cuidado infantil a su desarrollador de recursos asignado. Los directores también deben presentar una copia de sus certificaciones.

*Para el personal que no ha completado la capacitación requerida, proporcione sus *fechas proyectadas* de finalización para cada capacitación y su fecha de contratación.

Si necesita espacio adicional, envíe la misma información en otra hoja de papel.

Nombre del Personal:	Cargo/Título:	Prepare to Care:	RCP Pediatrico /PrimerosAuxilios	Fecha de contratación (para el personal sin formación):
<i>Ej. Jane Doe</i>	<i>Voluntario</i>	<i>10/10/2021</i>	<i>10/15/2020</i>	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

La falta de presentación de esta información puede resultar en el cierre de su Acuerdo de Subsidio de Cuidado Infantil. La verificación de la finalización de estas capacitaciones puede solicitarse tras la revisión del Departamento.

Firma del Director: _____ **Fecha:** _____

La firma del director atestigua que la información anterior es verdadera y precisa.