

Paquete de Solicitud Inicial
de Licencia para
Hogar de Crianza Temporal
de Familia

Revised: octubre 2017

SOLICITUD DE LICENCIA PARA HOGAR DE FAMILIA DE CRIANZA TEMPORAL PARA PARIENTES QUE CUIDAN NIÑOS

Parte 402, Normas de licenciamiento para hogares de familia de crianza temporal, la cual está disponible en el sitio web de DCFS, http://www.illinois.gov/dcf/aboutus/notices/Pages/pr_policy_rules.aspx, proporciona una descripción detallada de los requisitos para obtener una licencia de hogar de familia de crianza temporal. Muchos de los requerimientos de licenciamiento pueden ser eliminados, si bien los requerimientos de tomar las huellas digitales no pueden eliminarse.

Se adjuntan los formularios que deben completarse para solicitar una licencia de hogar de crianza temporal.

- Formulario de solicitud (CFS 597R) - - - Este es el formulario real de solicitud.
- Autorización para la verificación de antecedentes para el cuidado de crianza y adopción (CFS 718-A) - - - Toda persona que viva en el hogar, de 13 años o más, debe completar y firmar un formulario CFS 718-A para autorizar una verificación de antecedentes de los siguientes registros: el Registro de abuso y negligencia de niños de Illinois, el Registro de agravios sexuales de Illinois, el Registro de antecedentes penales de Illinois, y el FBI cuando sea necesario. (Los niños familiares que hayan sido colocados en el hogar no necesitan completar el CFS 718-A ni es necesario tomarles las huellas dactilares.)
- Informe Médico de todos los miembros de la Casa - - - Es la responsabilidad del solicitante de programar y asegurar que el examen médico sea completa para cada miembro de la familia (adultos y niños). Un **CFS 600, Certificación de examen de Salud Infantil**, debe ser completado para cada niño en el hogar; un **CFS 604, Evaluación médica de un adulto en un hogar adoptivo o de crianza**, debe ser completado por cada adulto en el hogar. (Nota: Si usted tiene un examen médico de la escuela de un niño el cual sea menos de un año, dicho examen puede adjuntarse a la aplicación en lugar del CFS 600.)

Pasos del proceso de solicitud de licencia

1. **Completar y firmar el formulario de solicitud (CFS 597R)**

Los solicitantes de licencia deben leer las instrucciones en la página 4 del formulario de solicitud, completar la información requerida, responder todas las preguntas y firmar y fechar el formulario.

2. **Fijar cita para toma de huellas digitales**

Cada persona que viva en el hogar, que tenga 18 años o más, debe:

- completar y firmar un CFS 718-A (Autorización para verificación de antecedentes para el cuidado de crianza y adopción); y
- llamar al **1-866-361-9944** para fijar una cita para toma de huellas digitales.

La persona a quién se le tomará las huellas digitales deberá consigo una tarjeta de identificación emitida por el gobierno.

Luego de haber completado la toma de huellas digitales, el operador le dará al individuo un recibo que comprueba que sus huellas fueron tomadas.

3. **Adjuntar TODOS los recibos de toma de huellas digitales al formulario de solicitud y enviarlo por correo a Licenciamiento**

El CFS 718-A y cada recibo debe adjuntarse a la solicitud (CFS 597R). Esto indica al trabajador social de licenciamiento que todas las personas que debían tomarse las huellas digitales lo han hecho, para que pueda entonces procesar la solicitud.

**SOLICITUD DE LICENCIA PARA HOGAR DE FAMILIA DE CRIANZA
TEMPORAL PARA FAMILIARES QUE CUIDAN NIÑOS**

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO – PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

Región/Sitio/Campo _____

Responsable de la licencia _____

Fecha de recepción _____

Nº de condado _____

Fecha de ingreso _____

Nº de la agencia supervisora _____

Oficina regional de DCFS _____ Oficina de campo _____

Agencia de bienestar
para menores licenciada

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Código postal _____

Nº de teléfono _____

SÍRVASE LEER LAS INSTRUCCIONES AL DORSO ANTES DE COMPLETAR LA PRESENTE SOLICITUD

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre de los
solicitantes:

A. _____
Apellido Primer nombre Número de seguro social o ITIN

B. _____
Apellido Primer nombre Número de seguro social o ITIN

Domicilio _____
Nº y calle Ciudad, Estado y Código Postal Condado

Dirección Postal _____
Nº y calle Ciudad, Estado y Código Postal Condado

Teléfono particular _____
Código de área Número

Teléfono laboral Solicitante A _____
Código de área Número

Teléfono laboral Solicitante B _____
Código de área Número

Dirección electrónica Solicitante A _____
Dirección electrónica Solicitante B _____

¿Hablan los solicitantes A o B otro idioma que el inglés? No Sí Indíquelos:
Idioma del solicitante A: _____
Habilidad del solicitante A: Bilingüe _____ Correcto _____ Coloquial _____
Idioma del solicitante B: _____
Habilidad del solicitante B: Bilingüe _____ Correcto _____ Coloquial _____

II. LICENCIAS ACTUALES Y ANTERIORES

1. ¿Alguna vez ha sido convicto por algo que no fuera una infracción menor de tráfico? No Sí
Si contestó sí, explique _____

2. ¿Está usted actualmente licenciado para cuidado de menores en Illinois? No Sí
Si lo está, establezca tipo y número(s) de licencia(s) _____
Nombre en la(s) licencia(s) _____
Domicilio en la(s) licencia(s) _____

3. ¿Alguna vez ha estado licenciado para cuidado de menores fuera de Illinois? No Sí
Si lo estuvo, establezca tipo y número(s) de licencia(s) _____
Nombre en la(s) licencia(s) _____
Domicilio en la(s) licencia(s) _____

4. Si usted no está actualmente licenciado para cuidado de menores, complete el cuestionario a continuación:
¿Alguna vez solicitó una licencia para cuidado de menores? No Sí
¿Fue emitida la licencia? No Sí
Nombre en la licencia _____
Domicilio en la licencia _____

III. HOGAR—Marque las casillas que correspondan

Usted Es Propietario Alquila Apartamento Casa Móvil Casa Otro _____

¿Posee la aprobación del dueño para cuidar de niños familiares? Si No
 Suministro de agua Ciudad Otro (especificar) _____

Instrucciones para llegar a su casa: _____

IV ESTADO CIVIL—Marque una casilla

Casado/a _____ (Fecha) Unión Civil _____ (Fecha)
 Soltero/a Viudo/a
 Divorciado/a Separado/a legalmente

V. MIEMBROS DEL HOGAR

(incluya hijos, familiares, otros)

NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O ITIN	RELIGIÓN
Solicitante A:				
Solicitante B:				

VI. OCUPACIÓN ACTUAL

	Nombre de la empresa	Domicilio	Título o cargo	Horario de trabajo
Solicitante A				____ a ____
Solicitante B				____ a ____

SI EL/LOS SOLICITANTE(S) TRABAJA(N) FUERA DEL HOGAR, DESCRIBA LOS PLANES PARA EL CUIDADO DEL NIÑO: _____

VII. REFERENCIAS: Personas sin vínculos familiares con usted, que sepan cómo cuida usted de los niños

- 1. Nombre _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____
- 2. Nombre _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____
- 3. Nombre _____ Teléfono _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____

SI ALGUNO DE LOS SOLICITANTES HA SIDO RESIDENTE DE ILLINOIS POR MENOS DE CINCO AÑOS, INCLUYA DOS REFERENCIAS DEL ESTADO DE RESIDENCIA PREVIA:

- 4. Nombre _____ Teléfono _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
- 5. Nombre _____ Teléfono _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

VIII. CERTIFICACIÓN

YO (NOSOTROS), el (los) abajo firmante(s), solicito (solicitamos) por la presente ser licenciado(s) para manejar un hogar de familia de crianza temporal de acuerdo con la Ley de Cuidado Infantil de 1969, según enmienda. YO (NOSOTROS) declaro (declaramos):

- 1. haber recibido una copia de los estándares, haber leído y familiarizado los estándares para los cuales se busca la licencia.
- 2. que estaré (estaremos) sujeto(s) a investigación, una vez presentada la solicitud, en relación con el cumplimiento de los estándares.
- 3. que estaré (estaremos) sujeto(s) a supervisión en términos de conformidad con los estándares mínimos una vez emitida la licencia.
- 4. Declaro (declaramos) que la información proporcionada anteriormente es verdadera. Entiendo (entendemos) que hacer declaraciones materialmente falsas con el fin de obtener una licencia o un permiso constituye un delito menor Clase A y que puedo (podemos) estar sujeto(s) a acción judicial a causa de dicha mala conducta.

FIRMA(S)

 Solicitante A

 FECHA

 Solicitante B

 FECHA

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE LICENCIA DE HOGAR FAMILIAR

Nombre del (de los) solicitante(s)

Ingrese el (los) nombre(s) de la(s) persona(s) que están solicitando ser licenciado(s) como padre(s) de crianza temporal. Ingrese el número de seguro social de cada persona listada en los espacios provistos. Si el solicitante está casado y vive con su cónyuge, ingrese el nombre y número de seguro social o número de identificación personal del contribuyente (ITIN) de ambas personas.

Domicilio

Ingrese el domicilio completo de la ubicación actual del hogar.

Dirección postal

Utilice esto ÚNICAMENTE cuando la dirección postal difiere de la ubicación real del hogar.

N° telefónico

Ingrese el código de área y el número de teléfono particular y del trabajo, si se aplica.

Todos los solicitantes deben responder las preguntas que aparecen al final de la página 3.

Si hay un solicitante, deberá firmar el formulario. Si los solicitantes están juntos o casados, ambos deberán firmar.

DCFS es un empleador que no discrimina y prohíbe la discriminación ilegal en todos sus programas y/o servicios.

INFORMACIÓN DEL HOGAR DE FAMILIA DE CRIANZA TEMPORAL

I. NOMBRE: Solicitante A _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre o ITN)

Solicitante B _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre o ITN)

DIRECCIÓN: _____
(Calle o Carretera Rural)

(Ciudad) (Código Postal) (Condado) (Teléfono)

¿Cuánto tiempo ha sido usted un residente de Illinois? Solicitante A: _____ Solicitante B: _____
(Meses) (Años) (Meses) (Años)

II. HOGAR—Marque los recuadros que corresponda

USTED ES PROPIETARIO ALQUILA PROPIETARIO APRUEBA EL CUIDADO DE NIÑOS QUE NO SEAN PARIENTES SI NO
 APARTAMENTO CASA MÓVIL CASA OTRO _____

SUMINISTRO DE AGUA CIUDAD OTRO (Especifique) _____

DIRECCIONES PARA LLEGAR A SU HOGAR _____

III. ESTADO CIVIL—Marque un recuadro

CASADO _____
(Fecha)

UNIÓN CIVIL _____
(Fecha)

SOLTERO VIUDO

DIVORCIADO SEPARADO LEGALMENTE

PROVIDER ID# _____
Licensing Rep. _____
R/S/F _____

IV. MIEMBROS DEL HOGAR

(incluya niños, parientes, otros)

NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NO. DEL SEGURO SOCIAL O ITIN	RELIGIÓN
Solicitante A:				
Solicitante B:				
Otro Adulto/Menor:				
Otro Adulto/Menor:				
Otro Adulto/Menor:				
Otro Adulto/Menor:				
Otro Adulto/Menor:				

Idioma(s) Hablado _____

V. EMPLEO

ACTUAL	Nombre de la Empresa	Dirección	Título o Posición	Horas de Trabajo	Años de Empleo
Solicitante A				____ a ____	
Solicitante B				____ a ____	

Ingreso Anual aproximado de todo el hogar, sin importar las fuentes: _____

SI SOLICITANTE(S) TRABAJA FUERA DEL HOGAR, DESCRIBA PLANES PARA GUARDERÍA: _____

VI. DESCRIBA SU EXPERIENCIA CON OTROS MENORES QUE NO SEAN SUYOS. ESTOS PUEDEN INCLUIR EL CUIDADO DE NIÑOS DE PARIENTES, ENSEÑANZA DE ESCUELA DOMINICAL, TRABAJO CON SCOUTS U OTROS GRUPOS, ETC.

¿POR QUÉ QUIERE PROPORCIONAR CUIDADO INFANTIL? _____

ESCRIBA EL INTERVALO DE EDADES, SEXO, Y NÚMERO DE NIÑOS QUE LE GUSTARÍA TENER EN SU HOGAR:

VII. REFERENCIAS: **Debe enumerar por lo menos tres (3) personas no relacionadas a usted que sepan cómo cuida usted a los niños**

1. Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

2. Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

3. Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

SI ALGUNO DE LOS SOLICITANTES HA SIDO RESIDENTE DE ILLINOIS MENOS DE CINCO AÑOS, INCLUYA DOS REFERENCIAS DEL ESTADO DE RESIDENCIA ANTERIOR:

4. Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

5. Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

YO/NOSOTROS CERTIFICO/CERTIFICAMOS QUE LA INFORMACIÓN PRECEDENTE ES VERDADERA. ENTIENDO/ENTENDEMOS QUE EL HACER DECLARACIONES FALSAS PARA OBTENER UNA LICENCIA O PERMISO CONSTITUYE UN DELITO MENOR DE CLASE A Y QUE PUEDO/PODEMOS ESTAR SUJETO(S) A ACCIÓN JUDICIAL POR TAL MALA CONDUCTA.

Firma (Solicitante A)

Firma (Solicitante B)

Fecha _____

ESTADO DE ILLINOIS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
Evaluación Médica de un Adulto en un Hogar Adoptivo o de Crianza Temporal

Nombre de la persona examinada: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ ¿Por cuánto tiempo ha tratado a este paciente? _____

Este formulario ayudará al Departamento a determinar el bienestar físico y las capacidades de los adultos en hogares adoptivos o de crianza temporal que están o pueden estar cuidando niños. Sírvase completar el siguiente resumen de problemas y estados de salud, y los medicamentos utilizados que puedan afectar la capacidad del adulto de mantener un estado de alerta, resistencia y desempeño de las tareas y responsabilidades asociadas con la atención de hasta seis niños, comprendidos entre las edades de 0 a 18 años en este momento y en el futuro previsible (cinco a diez años). Si tiene alguna pregunta médica o de salud o preocupación alguna, sírvase llamar al Departamento de Servicios para Niños y Familias al 312-814-5693.

Estaría disponible a discutir otros asuntos de salud en el futuro.

Preocupaciones o preguntas relacionadas a su confidencialidad pueden ser dirigidas a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

I. HISTORIA

1. Marque cualquier problema de salud:

- | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mala Ambulación | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Debilidad/delicado | <input type="checkbox"/> Demencia | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Infartos/parálisis | |

Explique *todos* los malestares señalados:

2. ¿Algunos de estos malestares son de naturaleza progresiva? Sí No

Si responde sí, explique: _____

3. ¿Existe alguna enfermedad terminal que podría impedir con la habilidad de este individuo de cuidar por un niño los próximos ___ 5 años ___ 10 años ___ 15 años? Si responde "sí", favor de explicar si respuesta: _____

4. Medicamento(s): _____

¿Existe alguna limitación física como resultado de los medicamentos? Sí No

Si responde sí, explique: _____

4. Enfermedades/lesiones, operaciones u hospitalizaciones durante los últimos 5 años:

Enfermedades/lesiones	Operaciones	Hospitalizaciones	Fecha	Resultado

5. Hábitos relacionados con la salud

¿Existen antecedentes de uso de sustancias por parte de solicitante y qué grado de insuficiencia existe, si es que existe uno, debido al uso de dichas sustancias?

Alcohol _____ Drogas _____
Tabaco _____ Otros _____

6. Fecha _____ Resultado solamente de la prueba inicial de Tuberculina: _____

7. Fecha _____ Resultado de la radiografía de tórax (si es necesaria): _____

II. EXAMEN FÍSICO

Resumen de hallazgos físicos anormales que afectarían la capacidad para cuidar de un niño:

III. CAPACIDADES FÍSICAS

Según su opinión médica, sería su paciente físicamente capaz de:

1. Levantar a un niño: Menor de 6 meses Sí No De 6 meses a 3 años Sí No

2. Caminar / maniobrar 50-100 pies sin mayores dificultades: Sí No

3. Doblarse / agacharse, arrodillarse, estirarse: Sí No

4. ¿Necesita algún aparato de ayuda para caminar, doblarse/agacharse, arrodillarse o estirarse?
Sí No Si responde sí, ¿de qué tipo? _____

5. Existe algún problema médico que limite la capacidad física de esta persona para cuidar de un niño médicamente complejo lo cual puede incluir la capacidad de:

Table with 4 columns: Activity, Sí , No , No lo sé . Rows include Levantarse de una cama o silla, etc., Alimentaciones frecuentes, Succiones frecuentes, Supervisión frecuente, Medicación frecuente, Nebulizaciones frecuentes, and Tratamientos frecuentes.

¿Son temporales algunos de estos problemas limitantes? Sí No

Si responde sí, cuáles problemas: _____

Para cada problema, ¿Por cuánto tiempo existirá(n) la(s) limitación(es)? _____

Yo certifico que este individuo no presenta síntomas de enfermedades contagiosas.

Sí No Si responde no, explique: _____

Yo certifico que el individuo no tiene limitaciones físicas ni cognitivas que no le permitan cumplir las funciones paternas.

Sí No Si responde no, explique: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de licencia profesional estatal: _____

ESTADO DE ILLINOIS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
Evaluación Médica de un Adulto en un Hogar Adoptivo o de Crianza Temporal

Nombre de la persona examinada: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ ¿Por cuánto tiempo ha tratado a este paciente? _____

Este formulario ayudará al Departamento a determinar el bienestar físico y las capacidades de los adultos en hogares adoptivos o de crianza temporal que están o pueden estar cuidando niños. Sírvase completar el siguiente resumen de problemas y estados de salud, y los medicamentos utilizados que puedan afectar la capacidad del adulto de mantener un estado de alerta, resistencia y desempeño de las tareas y responsabilidades asociadas con la atención de hasta seis niños, comprendidos entre las edades de 0 a 18 años en este momento y en el futuro previsible (cinco a diez años). Si tiene alguna pregunta médica o de salud o preocupación alguna, sírvase llamar al Departamento de Servicios para Niños y Familias al 312-814-5693.

Estaría disponible a discutir otros asuntos de salud en el futuro.

Preocupaciones o preguntas relacionadas a su confidencialidad pueden ser dirigidas a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

I. HISTORIA

1. Marque cualquier problema de salud:

- | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mala Ambulación | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Debilidad/delicado | <input type="checkbox"/> Demencia | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Infartos/parálisis | |

Explique *todos* los malestares señalados:

2. ¿Algunos de estos malestares son de naturaleza progresiva? Sí No

Si responde sí, explique: _____

3. ¿Existe alguna enfermedad terminal que podría impedir con la habilidad de este individuo de cuidar por un niño los próximos ___ 5 años ___ 10 años ___ 15 años? Si responde "sí", favor de explicar si respuesta: _____

4. Medicamento(s): _____

¿Existe alguna limitación física como resultado de los medicamentos? Sí No

Si responde sí, explique: _____

4. Enfermedades/lesiones, operaciones u hospitalizaciones durante los últimos 5 años:

Enfermedades/lesiones	Operaciones	Hospitalizaciones	Fecha	Resultado

5. Hábitos relacionados con la salud

¿Existen antecedentes de uso de sustancias por parte de solicitante y qué grado de insuficiencia existe, si es que existe uno, debido al uso de dichas sustancias?

Alcohol _____ Drogas _____
Tabaco _____ Otros _____

6. Fecha _____ Resultado solamente de la prueba inicial de Tuberculina: _____

7. Fecha _____ Resultado de la radiografía de tórax (si es necesaria): _____

II. EXAMEN FÍSICO

Resumen de hallazgos físicos anormales que afectarían la capacidad para cuidar de un niño:

III. CAPACIDADES FÍSICAS

Según su opinión médica, sería su paciente físicamente capaz de:

1. Levantar a un niño: Menor de 6 meses Sí No De 6 meses a 3 años Sí No

2. Caminar / maniobrar 50-100 pies sin mayores dificultades: Sí No

3. Doblarse / agacharse, arrodillarse, estirarse: Sí No

4. ¿Necesita algún aparato de ayuda para caminar, doblarse/agacharse, arrodillarse o estirarse?
Sí No Si responde sí, ¿de qué tipo? _____

5. Existe algún problema médico que limite la capacidad física de esta persona para cuidar de un niño médicamente complejo lo cual puede incluir la capacidad de:

Table with 4 columns: Activity (Levantarse de una cama o silla, etc., Alimentaciones frecuentes, etc.), Sí , No , No lo sé

¿Son temporales algunos de estos problemas limitantes? Sí No

Si responde sí, cuáles problemas: _____

Para cada problema, ¿Por cuánto tiempo existirá(n) la(s) limitación(es)? _____

Yo certifico que este individuo no presenta síntomas de enfermedades contagiosas.

Sí No Si responde no, explique: _____

Yo certifico que el individuo no tiene limitaciones físicas ni cognitivas que no le permitan cumplir las funciones paternas.

Sí No Si responde no, explique: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de licencia profesional estatal: _____



State of Illinois Certificate of Child Health Examination

FOR USE IN DCFS LICENSED
CHILD CARE FACILITIES
CFS 600
Rev 11/2013



Student's Name Last First Middle					Birth Date Month/Day/Year		Sex	Race/Ethnicity		School /Grade Level/ID#		
Address Street City Zip Code					Parent/Guardian		Telephone # Home		Work			
IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. Note the mo/da/yr for every dose administered. The day and month is required if you cannot determine if the vaccine was given <i>after</i> the minimum interval or age. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached explaining the medical reason for the contraindication.												
Vaccine / Dose	1 MO DA YR		2 MO DA YR		3 MO DA YR		4 MO DA YR		5 MO DA YR		6 MO DA YR	
DTP or DTaP												
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT
Polio (Check specific type)	IPV	OPV	IPV	OPV	IPV	OPV	IPV	OPV	IPV	OPV	IPV	OPV
Hib Haemophilus influenza type b												
Hepatitis B (HB)												
Varicella (Chickenpox)							COMMENTS:					
MMR Combined Measles Mumps. Rubella												
Single Antigen Vaccines	Measles		Rubella		Mumps							
Pneumococcal Conjugate												
Other/Specify Meningococcal, Hepatitis A, HPV, Influenza												
Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.												
Signature				Title				Date				
Signature				Title				Date				
ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY												
1. Clinical diagnosis is acceptable if verified by physician. *(All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.)												
*MEASLES (Rubeola) MO DA YR MUMPS MO DA YR VARICELLA MO DA YR Physician's Signature												
2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official. Person signing below is verifying that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.												
Date of Disease			Signature			Title			Date			
3. Laboratory confirmation (check one) Measles Mumps Rubella Hepatitis B Varicella Lab Results Date MO DA YR (Attach copy of lab result)												

VISION AND HEARING SCREENING BY IDPH CERTIFIED SCREENING TECHNICIAN													
Date													Code: P = Pass F = Fail U = Unable to test R = Referred G/C = Glasses/Contacts
Age/Grade													
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	
Vision													
Hearing													

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
----------	--------	---------	--	------	---------	----------------------

HISTORIAL MÉDICO - PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)			MEDICINAS (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad.)		
¿Tiene diagnóstico de asma?	Sí	No	¿Tiene pérdida de Funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí	No
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Sí	No	¿Ha sido hospitalizado?	Sí	No
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí	No	¿Cuándo? ¿Por Qué?		
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí	No	¿Ha atendido cirugía? (anótelas todas)	Sí	No
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí	No	¿Cuándo? ¿Para Qué?		
¿Tiene diabetes?	Sí	No	¿Ha tendido heridas graves o enfermedades?	Sí	No
¿Tiene heridas en la cabeza / golpe / desmayo?	Sí	No	¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí*	No
¿Tiene convulsiones? ¿Cómo se manifiestan?	Sí	No	¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí*	No
¿Tiene problemas cardíacos / No respira bien?	Sí	No	¿Usa tabaco (tipo, Frecuencia)?	Sí	No
¿Tiene soplo en corazón / presión arterial alta?	Sí	No	¿Toma alcohol / drogas?	Sí	No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí	No	¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años ? (¿Causa?)	Sí	No
¿Problemas con los Ojos? ___ Lentes ... Lentes de Contacto ... Último Examen ___			Dental ... Ganchos ... Puente ... Placas Otro		
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)					
¿Tiene problemas de oídos / No oye bien?	Sí	No	La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Tiene problemas de los huesos / articulaciones / heridas / escoliosis?	Sí	No	Firma del Padre/Tutor Fecha		

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA
HEAD CIRCUMFERENCE if <2-3 years old **HEIGHT** **WEIGHT** **BMI** **B/P**

DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes... No... And any two of the following: **Family History** Yes... No... **Ethnic Minority** Yes... No... **Signs of Insulin Resistance** (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes... No... **At Risk** Yes... No

LEAD RISK QUESTIONNAIRE Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten.

Questionnaire Administered? Yes... No... **Blood Test Indicated?** Yes... No... **Blood Test Date** (Blood test required if resides in Chicago.)

TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. **No test needed** ... **Test performed** ...
Skin Test: Date Read / / **Result: Positive** ... **Negative** ... **mm** _____
Blood Test: Date Reported / / **Result: Positive** ... **Negative** ... **Value** _____

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears			Gastrointestinal	
Eyes		Amblyopia Yes... No...	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		... Diagnosis of Asthma	Mental Health	

Currently Prescribed Asthma Medication:
... Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Antagonist)
... Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)

NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting **DIETARY** Needs/Restrictions

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student?
If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: ... Nurse ... Teacher ... Counselor ... Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g. ,seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
Yes ... **No** ... If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in _____ (If No or Modified please attach explanation.)

PHYSICAL EDUCATION Yes ... No ... Modified ... **INTERSCHOLASTIC SPORTS** (for one year) Yes ... No ... Limited ...

Print Name (MD,DO, APN, PA) Signature Date

Address Phone

(Complete Both Sides)



**State of Illinois
Certificate of Child Health Examination**

FOR USE IN DCFS LICENSED
CHILD CARE FACILITIES
CFS 600
Rev 11/2013



Student's Name				Birth Date	Sex	Race/Ethnicity	School /Grade Level/ID#
Last	First	Middle		Month/Day/Year			
Address				Parent/Guardian		Telephone # Home Work	
Street				City		Zip Code	

IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. Note the mo/da/yr for every dose administered. The day and month is required if you cannot determine if the vaccine was given after the minimum interval or age. **If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached explaining the medical reason for the contraindication.**

Vaccine / Dose	1			2			3			4			5			6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
DTP or DTaP																		
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	Tdap Td DT			Tdap Td DT			Tdap Td DT			Tdap Td DT			Tdap Td DT			Tdap Td DT		
Polio (Check specific type)	IPV OPV		IPV OPV		IPV OPV		IPV OPV		IPV OPV		IPV OPV		IPV OPV		IPV OPV		IPV OPV	
Hib Haemophilus influenza type b																		
Hepatitis B (HB)																		
Varicella (Chickenpox)																		
MMR Combined Measles Mumps. Rubella																		
Single Antigen Vaccines	Measles			Rubella			Mumps											
Pneumococcal Conjugate																		
Other/Specify Meningococcal, Hepatitis A, HPV, Influenza																		

COMMENTS:

Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.)

Signature	Title	Date
Signature	Title	Date

ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY

1. Clinical diagnosis is acceptable if verified by physician. *(All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.)

*MEASLES (Rubeola) MO DA YR MUMPS MO DA YR VARICELLA MO DA YR Physician's Signature

2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official.
Person signing below is verifying that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.

Date of Disease	Signature	Title	Date
-----------------	-----------	-------	------

3. Laboratory confirmation (check one) Measles Mumps Rubella Hepatitis B Varicella
Lab Results Date MO DA YR (Attach copy of lab result)

VISION AND HEARING SCREENING BY IDPH CERTIFIED SCREENING TECHNICIAN

Date													Code: P = Pass F = Fail U = Unable to test R = Referred G/C = Glasses/Contacts
Age/Grade													
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	
Vision													
Hearing													

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
----------	--------	---------	--	------	---------	----------------------

HISTORIAL MÉDICO - PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)			MEDICINAS (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad.)		
¿Tiene diagnóstico de asma?	Sí	No	¿Tiene pérdida de Funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí	No
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Sí	No	¿Ha sido hospitalizado?	Sí	No
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí	No	¿Cuándo? ¿Por Qué?		
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí	No	¿Ha atendido cirugía? (anótelas todas)	Sí	No
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí	No	¿Cuándo? ¿Para Qué?		
¿Tiene diabetes?	Sí	No	¿Ha tendido heridas graves o enfermedades?	Sí	No
¿Tiene heridas en la cabeza / golpe / desmayo?	Sí	No	¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí*	No
¿Tiene convulsiones? ¿Cómo se manifiestan?	Sí	No	¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí*	No
¿Tiene problemas cardíacos / No respira bien?	Sí	No	¿Usa tabaco (tipo, Frecuencia)?	Sí	No
¿Tiene soplo en corazón / presión arterial alta?	Sí	No	¿Toma alcohol / drogas?	Sí	No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí	No	¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años ? (¿Causa?)	Sí	No
¿Problemas con los Ojos? ___ Lentes ... Lentes de Contacto ... Último Examen ___			Dental ... Ganchos ... Puente ... Placas Otro		
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)					
¿Tiene problemas de oídos / No oye bien?	Sí	No	La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Tiene problemas de los huesos / articulaciones / heridas / escoliosis?	Sí	No	Firma del Padre/Tutor Fecha		

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

HEAD CIRCUMFERENCE if <2-3 years old	HEIGHT	WEIGHT	BMI	B/P
DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes... No... And any two of the following: Family History Yes... No... Ethnic Minority Yes... No... Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes... No... At Risk Yes... No				
LEAD RISK QUESTIONNAIRE Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten.				
Questionnaire Administered? Yes... No... Blood Test Indicated? Yes... No... Blood Test Date (Blood test required if resides in Chicago.)				
TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. No test needed ... Test performed ...				
Skin Test:	Date Read	/ /	Result: Positive ... Negative ...	mm _____
Blood Test:	Date Reported	/ /	Result: Positive ... Negative ...	Value _____

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears			Gastrointestinal	
Eyes		Amblyopia Yes... No...	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		... Diagnosis of Asthma	Mental Health	

Currently Prescribed Asthma Medication: ... Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Antagonist) ... Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)	Other
---	--------------

NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting	DIETARY Needs/Restrictions
---	-----------------------------------

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student?
If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: ... Nurse ... Teacher ... Counselor ... Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g. ,seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
Yes ... No ... If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in _____ (If No or Modified please attach explanation.)

PHYSICAL EDUCATION Yes ... No ... Modified ... **INTERSCHOLASTIC SPORTS** (for one year) Yes ... No ... Limited ...

Print Name	(MD,DO, APN, PA)	Signature	Date
Address		Phone	

(Complete Both Sides)



State of Illinois Certificate of Child Health Examination

FOR USE IN DCFS LICENSED
CHILD CARE FACILITIES
CFS 600
Rev 11/2013



Student's Name				Birth Date	Sex	Race/Ethnicity	School /Grade Level/ID#
Last	First	Middle		Month/Day/Year			
Address				Parent/Guardian		Telephone # Home	
Street	City	Zip Code					Work

IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. Note the mo/da/yr for every dose administered. The day and month is required if you cannot determine if the vaccine was given *after* the minimum interval or age. **If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached explaining the medical reason for the contraindication.**

Vaccine / Dose	1			2			3			4			5			6		
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
DTP or DTaP																		
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT
Polio (Check specific type)	IPV	OPV		IPV	OPV		IPV	OPV		IPV	OPV		IPV	OPV		IPV	OPV	
Hib Haemophilus influenza type b																		
Hepatitis B (HB)																		
Varicella (Chickenpox)																		
MMR Combined Measles Mumps. Rubella																		
Single Antigen Vaccines	Measles			Rubella			Mumps			COMMENTS:								
Pneumococcal Conjugate																		
Other/Specify Meningococcal, Hepatitis A, HPV, Influenza																		

Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.)

Signature	Title	Date
Signature	Title	Date

ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY

1. Clinical diagnosis is acceptable if verified by physician. *(All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.)

*MEASLES (Rubeola) MO DA YR MUMPS MO DA YR VARICELLA MO DA YR Physician's Signature

2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official.
Person signing below is verifying that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.

Date of Disease	Signature	Title	Date
-----------------	-----------	-------	------

3. Laboratory confirmation (check one) Measles Mumps Rubella Hepatitis B Varicella
Lab Results Date MO DA YR (Attach copy of lab result)

VISION AND HEARING SCREENING BY IDPH CERTIFIED SCREENING TECHNICIAN

Date											Code: P = Pass F = Fail U = Unable to test R = Referred G/C = Glasses/Contacts		
Age/Grade													
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L		R	L
Vision													
Hearing													

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
----------	--------	---------	--	------	---------	----------------------

HISTORIAL MÉDICO - PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)			MEDICINAS (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad.)		
¿Tiene diagnóstico de asma?	Sí	No	¿Tiene pérdida de Funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí	No
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Sí	No	¿Ha sido hospitalizado?	Sí	No
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí	No	¿Cuándo? ¿Por Qué?		
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí	No	¿Ha atendido cirugía? (anótelas todas)	Sí	No
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí	No	¿Cuándo? ¿Para Qué?		
¿Tiene diabetes?	Sí	No	¿Ha tendido heridas graves o enfermedades?	Sí	No
¿Tiene heridas en la cabeza / golpe / desmayo?	Sí	No	¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí*	No
¿Tiene convulsiones? ¿Cómo se manifiestan?	Sí	No	¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí*	No
¿Tiene problemas cardíacos / No respira bien?	Sí	No	¿Usa tabaco (tipo, Frecuencia)?	Sí	No
¿Tiene soplo en corazón / presión arterial alta?	Sí	No	¿Toma alcohol / drogas?	Sí	No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí	No	¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años ? (¿Causa?)	Sí	No
¿Problemas con los Ojos? ___ Lentes ... Lentes de Contacto ... Último Examen ___			Dental ... Ganchos ... Puente ... Placas Otro		
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)					
¿Tiene problemas de oídos / No oye bien?	Sí	No	La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Tiene problemas de los huesos / articulaciones / heridas / escoliosis?	Sí	No	Firma del Padre/Tutor Fecha		

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

HEAD CIRCUMFERENCE if <2-3 years old	HEIGHT	WEIGHT	BMI	B/P
DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes... No... And any two of the following: Family History Yes... No... Ethnic Minority Yes... No... Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes... No... At Risk Yes... No				
LEAD RISK QUESTIONNAIRE Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten.				
Questionnaire Administered? Yes... No... Blood Test Indicated? Yes... No... Blood Test Date (Blood test required if resides in Chicago.)				
TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. No test needed ... Test performed ...				
Skin Test:	Date Read	/ /	Result: Positive ... Negative ...	mm _____
Blood Test:	Date Reported	/ /	Result: Positive ... Negative ...	Value _____

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears			Gastrointestinal	
Eyes		Amblyopia Yes... No...	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		... Diagnosis of Asthma	Mental Health	

Currently Prescribed Asthma Medication: ... Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Antagonist) ... Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)	Other
---	--------------

NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting	DIETARY Needs/Restrictions
---	-----------------------------------

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student?
If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: ... Nurse ... Teacher ... Counselor ... Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g. ,seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
Yes ... No ... If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in _____ (If No or Modified please attach explanation.)

PHYSICAL EDUCATION Yes ... No ... Modified ... **INTERSCHOLASTIC SPORTS** (for one year) Yes ... No ... Limited ...

Print Name	(MD,DO, APN, PA)	Signature	Date
Address		Phone	

(Complete Both Sides)



State of Illinois Certificate of Child Health Examination

FOR USE IN DCFS LICENSED
CHILD CARE FACILITIES
CFS 600
Rev 11/2013



Student's Name				Birth Date	Sex	Race/Ethnicity	School /Grade Level/ID#					
Last	First	Middle		Month/Day/Year								
Address				Parent/Guardian		Telephone # Home						
Street				City		Zip Code						
Address				Parent/Guardian		Telephone # Home						
<p>IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. Note the mo/da/yr for every dose administered. The day and month is required if you cannot determine if the vaccine was given <i>after</i> the minimum interval or age. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached explaining the medical reason for the contraindication.</p>												
Vaccine / Dose	1		2		3		4		5		6	
	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR	MO	DA	YR
DTP or DTaP												
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT	Tdap	Td	DT
Polio (Check specific type)	IPV	OPV		IPV	OPV		IPV	OPV		IPV	OPV	
Hib Haemophilus influenza type b												
Hepatitis B (HB)												
Varicella (Chickenpox)												
MMR Combined Measles Mumps. Rubella												
Single Antigen Vaccines	Measles		Rubella		Mumps		COMMENTS:					
Pneumococcal Conjugate												
Other/Specify Meningococcal, Hepatitis A, HPV, Influenza												
<p>Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.)</p>												
Signature				Title				Date				
Signature				Title				Date				
ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY												
<p>1. Clinical diagnosis is acceptable if verified by physician. *(All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.)</p>												
<p>*MEASLES (Rubeola) MO DA YR MUMPS MO DA YR VARICELLA MO DA YR Physician's Signature</p>												
<p>2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official. Person signing below is verifying that the parent/guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.</p>												
Date of Disease			Signature			Title			Date			
<p>3. Laboratory confirmation (check one) Measles Mumps Rubella Hepatitis B Varicella Lab Results Date MO DA YR (Attach copy of lab result)</p>												

VISION AND HEARING SCREENING BY IDPH CERTIFIED SCREENING TECHNICIAN													
Date													Code: P = Pass F = Fail U = Unable to test R = Referred G/C = Glasses/Contacts
Age/Grade													
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	
Vision													
Hearing													

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	Sexo	Escuela	Grado/Núm. de Ident.
----------	--------	---------	--	------	---------	----------------------

HISTORIAL MÉDICO - PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR PADRES / TUTOR Y VERIFICADO POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

ALERGIAS (Alimentos, drogas, insectos, otro)			MEDICINAS (Anoté todas las recetas o tomadas con regularidad.)		
¿Tiene diagnóstico de asma?	Sí	No	¿Tiene pérdida de Funciones en uno de los órganos? (Ojos/Oídos/Riñones/Testículos)	Sí	No
¿Despierta el niño tosiendo en la noche?	Sí	No	¿Ha sido hospitalizado?	Sí	No
¿Tiene defectos de nacimiento?	Sí	No	¿Cuándo? ¿Por Qué?		
¿Tiene retrasos del desarrollo?	Sí	No	¿Ha atendido cirugía? (anótelas todas)	Sí	No
¿Tiene problemas de la sangre? Hemofilia, Glóbulos Falciformes (Sickle Cell), Otro	Sí	No	¿Cuándo? ¿Para Qué?		
¿Tiene diabetes?	Sí	No	¿Ha tendido heridas graves o enfermedades?	Sí	No
¿Tiene heridas en la cabeza / golpe / desmayo?	Sí	No	¿Prueba positiva de TB (Pasado o Presente)?	Sí*	No
¿Tiene convulsiones? ¿Cómo se manifiestan?	Sí	No	¿Enfermedad de TB (Pasado o Presente)?	Sí*	No
¿Tiene problemas cardíacos / No respira bien?	Sí	No	¿Usa tabaco (tipo, Frecuencia)?	Sí	No
¿Tiene soplo en corazón / presión arterial alta?	Sí	No	¿Toma alcohol / drogas?	Sí	No
¿Tiene mareos o dolor de pecho al hacer ejercicios?	Sí	No	¿Historial de familiares de muerte repentina antes de los 50 años ? (¿Causa?)	Sí	No
¿Problemas con los Ojos? ___ Lentes ... Lentes de Contacto ... Último Examen ___			Dental ... Ganchos ... Puente ... Placas Otro		
¿Otras Preocupaciones? (bizco, párpados caídos, parpadear, dificultad cuando lee)					
¿Tiene problemas de oídos / No oye bien?	Sí	No	La información en este formulario se puede compartir con el personal apropiado para propósitos de salud y educación.		
¿Tiene problemas de los huesos / articulaciones / heridas / escoliosis?	Sí	No	Firma del Padre/Tutor Fecha		

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA

HEAD CIRCUMFERENCE if <2-3 years old	HEIGHT	WEIGHT	BMI	B/P
DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes... No... And any two of the following: Family History Yes... No... Ethnic Minority Yes... No... Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes... No... At Risk Yes... No				
LEAD RISK QUESTIONNAIRE Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten.				
Questionnaire Administered? Yes... No... Blood Test Indicated? Yes... No... Blood Test Date (Blood test required if resides in Chicago.)				
TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. No test needed ... Test performed ...				
Skin Test:	Date Read	/ /	Result: Positive ... Negative ...	mm _____
Blood Test:	Date Reported	/ /	Result: Positive ... Negative ...	Value _____

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit				Sickle Cell (when indicated)
Urinalysis				Developmental Screening Tool

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears			Gastrointestinal	
Eyes		Amblyopia Yes... No...	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		... Diagnosis of Asthma	Mental Health	

Currently Prescribed Asthma Medication: ... Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Antagonist) ... Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)	Other
---	--------------

NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting	DIETARY Needs/Restrictions
---	-----------------------------------

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support/cup

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student?
If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: ... Nurse ... Teacher ... Counselor ... Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g. ,seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
Yes ... No ... If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in _____ (If No or Modified please attach explanation.)

PHYSICAL EDUCATION Yes ... No ... Modified ... **INTERSCHOLASTIC SPORTS** (for one year) Yes ... No ... Limited ...

Print Name	(MD,DO, APN, PA)	Signature	Date
Address		Phone	

(Complete Both Sides)

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES para Cuidados de crianza y adopción
LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO Y COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

MARQUE UNA CASILLA EN CADA COLUMNA EN LA FILA CORRESPONDIENTE, A o B:			
	Categoría de la instalación	Tipo específico de solicitud	Persona en el hogar
1	A	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> ICPC (Compacto interestatal para la colocación de niños)	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de la familia (edades de 13 a 17)* <small>*Se requiere la firma del padre/madre/tutor</small> <input type="checkbox"/> Miembro de la familia (18 años y más) <input type="checkbox"/> Custodia
	B	<input type="checkbox"/> Hogar de adopción exclusivamente <input type="checkbox"/> Familiar sin licencia en Illinois <input type="checkbox"/> Familiar sin licencia fuera del estado	<input type="checkbox"/> Para fines de colocación <input type="checkbox"/> Para fines de adopción

INFORMACIÓN PERSONAL (Por favor, vea las instrucciones sobre los agregados al dorso)

Apellido/nombre/inicial del segundo nombre		Número de Seguro Social o ITIN _____ - _____ - _____							
Nombre de soltera y/u otros nombres usados anteriormente (Apellido/nombre/inicial del segundo nombre)		Estoy o estaré transportando a hijos de crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, coloque su número de licencia de conducir aquí: _____ - _____ - _____ ¿Se trata de un número de licencia de conducir de Illinois? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
DIRECCIÓN ACTUAL, TELÉFONO (cuando corresponda): Calle/Nº de Departamento: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Condado: _____ Teléfono particular (_____) _____ - _____ Teléfono celular(_____) _____ - _____		Mencione todas las direcciones previas en los últimos cinco (5) años, Incluidas aquellas fuera de Illinois. (Calle/Nº de Departamento/Ciudad/Condado/Estado/Código postal)						Fechas Desde/hasta	
		¿Vivió fuera de Illinois en los últimos 3 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Fecha de nacimiento (Mes/día/año)	Edad	Lugar de nacimiento (Ciudad y estado)	Ciudadanía(País) <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otra, especifique	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura Ft. (pies) In.(pulgadas)	Peso (libras)	Cabello (color)	Ojos (color)	
Raza (Marque todas las que correspondan)							Etnia (vea los códigos en la Página 2)		
<input type="checkbox"/> Americano nativo/nativo de Alaska (Indígena o esquimal)		<input type="checkbox"/> Negro/afro-americano		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> No quiso identificarse			
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Desconocida		<input type="checkbox"/> No pudo ser verificada			

AUTORIZACIÓN /CERTIFICACIÓN

3	¿Alguna vez ha sido indicado/a como perpetrador/a en una investigación de abuso/negligencia infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha sido condenado/a por un delito penal, que no sea una violación menor de las normas de tránsito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Certifico que leí y comprendí la casilla de Autorización/Certificación al dorso de este formulario.
FIRMA _____ FECHA _____	
Firma del padre/madre/tutor (si corresponde) _____ FECHA _____	

A COMPLETAR POR LA AGENCIA SUPERVISORA	
Este formulario de autorización no será procesado si no se completa esta sección. El representante de otorgamiento de licencias tiene que completar lo siguiente	
Fecha en que se tomó la huella digital: _____	Nombre de la agencia supervisora: _____
Nombre completo de la instalación _____	Nº de identificación del proveedor _____
Nº de identificación del proveedor _____	O Región/sitio/campo del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois
Domicilio: _____	Nombre del trabajador Nº de identificación del trabajador/número de teléfono _____
Ciudad _____ IL Código postal: _____	Nombre del supervisor Nº de identificación del supervisor/número de teléfono _____

5	RESULTADOS DE LOS ANTECEDENTES SEGÚN CORRESPONDA	PARA USO DE LA OFICINA CENTRAL DE LICENCIAMIENTO
	Certificado de delincuente sexual: _____	Sid# _____ Certificado _____ Registro _____
	Certificado de CANTS: _____	Registrado en BC-03: _____
	Certificado de la Policía del Estado de Illinois: _____	Enviado por el FBI: _____
	Certificado del FBI: _____	Licencia de conducir válida: Sí _____ No _____
Certificados de Transferencia: SO/CANTS: _____ ISP: _____		

QUIÉN DEBE UTILIZAR ESTE FORMULARIO: Este formulario debe ser completado por todas las personas de 13 años de edad o más como parte de una solicitud para gestionar o residir en un hogar de cuidados de crianza. Toda persona sujeta a una verificación de antecedentes tiene que completar las primeras tres secciones identificando el tipo de instalación y qué rol tendrá en la instalación, y toda la información personal. Toda la información identificable tiene que ser exacta y completa. Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor para la verificación de antecedentes de un menor.

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LAS SECCIONES 2 Y 3 DE LA PORTADA

Nombre:	Se deben incluir todos los nombres actuales y anteriores utilizados por la persona. Si no utilizó otros nombres, escriba "ninguno".	
N° de seguro social, ITIN o N° asignado	ESTE FORMULARIO NO SERÁ PROCESADO SIN UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL CONTRIBUYENTE(ITIN, por sus siglas en inglés) O EL NÚMERO ASIGNADO POR EL DEPARTAMENTO	
Domicilio:	La dirección actual y todas las direcciones, incluyendo el condado, donde la persona haya vivido en los últimos cinco años (Indique si es fuera de Illinois)	
Raza:	Marque todos los códigos de raza que correspondan. NA = Americano nativo/nativo de Alaska (Indígena o esquimal) WH = Blanco AO = Asiático UK = Desconocida BL = Negro/afro-americano DI = No quiso identificarse PI = Nativo de Hawái/isleño del Pacífico CV = No pudo ser verificada	
Etnia:	Ingrese la etnia principal NH = No hispana (NINGUNA) HA = Hispano centroamericano HS = Hispano sudamericano HN = Hispano dominicano HM = Hispano mexicano HO = Hispano otra HP = Hispano puertorriqueño UK = Desconocida HD = Hispano de ascendencia española DI = No quiso identificarse HC = Hispano cubano CV = No pudo ser verificada	

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LA SECCIÓN 4 DE LA PORTADA

Instrucciones para al lado izquierdo - Nombre de la instalación: El nombre completo que aparece en la solicitud de licencia o la licencia. (NO USE SIGLAS) N° de identificación del proveedor: La ID del proveedor. (El número que aparece en el certificado de licencia de la instalación. A las solicitudes iniciales se les asignará un N° por unidad de verificación de antecedentes). Calle/ciudad/código postal: El lugar de la instalación con licencia donde la persona está licenciada o empleada.	Instrucciones para al lado derecho - Agencia supervisora: Coloque en letra de imprenta el nombre y el N° de identificación del proveedor de la Agencia que supervisará la instalación N° de ID del proveedor: Región/sitio/campo de DCFS: La región/sitio/campo de DCFS. Nombre del Trabajador: Nombre, identificación y teléfono del trabajador Nombre del Supervisor: Nombre, identificación y teléfono del supervisor
---	--

La Autorización para verificación de antecedentes tiene que ser presentada al trabajador para que se complete la Sección 4 y para que éste la envíe a la Unidad de verificación de antecedentes del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois que resulte pertinente. El trabajador tiene que controlar que el formulario esté completo y sea exacto, confirmar que a la persona (si tiene 18 años de edad o más) se le hayan tomado las huellas digitales, y verificar que la ortografía de los nombres sea correcta junto con una forma de identificación, como una licencia de conducir o identificación con fotografía.

AUTORIZACIÓN/CERTIFICACIÓN

Autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois a llevar a cabo una investigación para determinar si alguna vez se me ha acusado de un delito y, si así fuera, a investigar la sentencia de esas acusaciones. Autorizo al Departamento a solicitar información y ayuda del Departamento de Justicia de los EE.UU. y del Departamento de Ejecución de la Ley de Illinois mientras realiza esta investigación. Autorizo al Departamento a realizar búsquedas periódicas en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños para determinar si he sido un perpetrador de un incidente "indicado" de abuso o negligencia de menores según la Ley de Reporte de Abuso y Negligencia Infantil. Si estoy solicitando una licencia para ser hogar de crianza, autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias a obtener información de aquellas entidades en las cuales haya presentado una solicitud para licencia o para supervisión de licencia, referente a infracciones de normas de licenciamiento o referente al retiro de menores de mi hogar. Si soy o seré miembro del hogar de una familia de crianza, y transportaré hijos de crianza, autorizo al Departamento a que realice controles periódicos de mi licencia y de mis antecedentes de conducción con la oficina del Secretario del Estado. La verificación de antecedentes de abuso y negligencia infantil y la investigación de antecedentes penales puede utilizarse para analizar la colocación de un menor que es familiar o una solicitud de licencia. Las personas entre los 13 y los 17 años de edad que firmen este formulario autorizan una investigación de CANTS y LEADS solamente y no están sujetas a la toma de huellas digitales.

Comprendo que la información obtenida como resultado de mi autorización para esta investigación es confidencial pero puede ser compartida con el trabajador de colocación de menores, el solicitante de licenciamiento para quien se requiere la verificación de mis antecedentes o con personal de licenciamiento según las leyes estatales y federales y las regulaciones del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois que se apliquen. Además certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Reconozco que la falsificación de cualquier información proporcionada arriba y/o los resultados de la verificación de antecedentes pueden ser motivo suficiente para rechazar mi solicitud de licenciamiento.

Si usted cree que la información en su expediente de la Policía Estatal de Illinois y la Oficina Federal de Investigación no es correcta puede visitar <http://www.ilga.gov/commission/jcar/admincode/020/02001210sections.html> para la ISP y <http://www.fbi.gov> para el FBI.

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES para Cuidados de crianza y adopción
LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO Y COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

MARQUE UNA CASILLA EN CADA COLUMNA EN LA FILA CORRESPONDIENTE, A o B:			
	Categoría de la instalación	Tipo específico de solicitud	Persona en el hogar
1	A	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> ICPC (Compacto interestatal para la colocación de niños)	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de la familia (edades de 13 a 17)* <small>*Se requiere la firma del padre/madre/tutor</small> <input type="checkbox"/> Miembro de la familia (18 años y más) <input type="checkbox"/> Custodia
	B	<input type="checkbox"/> Hogar de adopción exclusivamente <input type="checkbox"/> Familiar sin licencia en Illinois <input type="checkbox"/> Familiar sin licencia fuera del estado	<input type="checkbox"/> Para fines de colocación <input type="checkbox"/> Para fines de adopción

INFORMACIÓN PERSONAL (Por favor, vea las instrucciones sobre los agregados al dorso)

Apellido/nombre/inicial del segundo nombre		Número de Seguro Social o ITIN _____ - _____ - _____							
Nombre de soltera y/u otros nombres usados anteriormente (Apellido/nombre/inicial del segundo nombre)		Estoy o estaré transportando a hijos de crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, coloque su número de licencia de conducir aquí: _____ - _____ - _____ ¿Se trata de un número de licencia de conducir de Illinois? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
DIRECCIÓN ACTUAL, TELÉFONO (cuando corresponda): Calle/Nº de Departamento: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Condado: _____ Teléfono particular (_____) _____ - _____ Teléfono celular(_____) _____ - _____		Mencione todas las direcciones previas en los últimos cinco (5) años, Incluidas aquellas fuera de Illinois. (Calle/Nº de Departamento/Ciudad/Condado/Estado/Código postal)						Fechas Desde/hasta	
Fecha de nacimiento (Mes/día/año)		Edad	Lugar de nacimiento (Ciudad y estado)	Ciudadanía(País) <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otra, especifique	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura Ft. (pies) In.(pulgadas)	Peso (libras)	Cabello (color)	Ojos (color)
Raza (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Americano nativo/nativo de Alaska (Indígena o esquimal) <input type="checkbox"/> Negro/afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No quiso identificarse <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> No pudo ser verificada								Etnia (vea los códigos en la Página 2)	

AUTORIZACIÓN /CERTIFICACIÓN

3	¿Alguna vez ha sido indicado/a como perpetrador/a en una investigación de abuso/negligencia infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha sido condenado/a por un delito penal, que no sea una violación menor de las normas de tránsito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Certifico que leí y comprendí la casilla de Autorización/Certificación al dorso de este formulario.
FIRMA _____ FECHA _____	
Firma del padre/madre/tutor (si corresponde) _____ FECHA _____	

A COMPLETAR POR LA AGENCIA SUPERVISORA	
Este formulario de autorización no será procesado si no se completa esta sección. El representante de otorgamiento de licencias tiene que completar lo siguiente	
Fecha en que se tomó la huella digital: _____	Nombre de la agencia supervisora: _____
Nombre completo de la instalación _____	Nº de identificación del proveedor _____
Nº de identificación del proveedor _____	O Región/sitio/campo del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois
Domicilio: _____	Nombre del trabajador Nº de identificación del trabajador/número de teléfono
Ciudad _____ IL Código postal: _____	Nombre del supervisor Nº de identificación del supervisor/número de teléfono

5	RESULTADOS DE LOS ANTECEDENTES SEGÚN CORRESPONDA	PARA USO DE LA OFICINA CENTRAL DE LICENCIAMIENTO
	Certificado de delincuente sexual: _____	Sid# _____ Certificado _____ Registro _____
	Certificado de CANTS: _____	Registrado en BC-03: _____
	Certificado de la Policía del Estado de Illinois: _____	Enviado por el FBI: _____
	Certificado del FBI: _____	Licencia de conducir válida: Sí _____ No _____
Certificados de Transferencia: SO/CANTS: _____ ISP: _____		

QUIÉN DEBE UTILIZAR ESTE FORMULARIO: Este formulario debe ser completado por todas las personas de 13 años de edad o más como parte de una solicitud para gestionar o residir en un hogar de cuidados de crianza. Toda persona sujeta a una verificación de antecedentes tiene que completar las primeras tres secciones identificando el tipo de instalación y qué rol tendrá en la instalación, y toda la información personal. Toda la información identificable tiene que ser exacta y completa. Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor para la verificación de antecedentes de un menor.

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LAS SECCIONES 2 Y 3 DE LA PORTADA

Nombre:	Se deben incluir todos los nombres actuales y anteriores utilizados por la persona. Si no utilizó otros nombres, escriba "ninguno".	
N° de seguro social, ITIN o N° asignado	ESTE FORMULARIO NO SERÁ PROCESADO SIN UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL CONTRIBUYENTE(ITIN, por sus siglas en inglés) O EL NÚMERO ASIGNADO POR EL DEPARTAMENTO	
Domicilio:	La dirección actual y todas las direcciones, incluyendo el condado, donde la persona haya vivido en los últimos cinco años (Indique si es fuera de Illinois)	
Raza:	Marque todos los códigos de raza que correspondan. NA = Americano nativo/nativo de Alaska (Indígena o esquimal) WH = Blanco AO = Asiático UK = Desconocida BL = Negro/afro-americano DI = No quiso identificarse PI = Nativo de Hawái/isleño del Pacífico CV = No pudo ser verificada	
Etnia:	Ingrese la etnia principal NH = No hispana (NINGUNA) HA = Hispano centroamericano HS = Hispano sudamericano HN = Hispano dominicano HM = Hispano mexicano HO = Hispano otra HP = Hispano puertorriqueño UK = Desconocida HD = Hispano de ascendencia española DI = No quiso identificarse HC = Hispano cubano CV = No pudo ser verificada	

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LA SECCIÓN 4 DE LA PORTADA

Instrucciones para al lado izquierdo - Nombre de la instalación: El nombre completo que aparece en la solicitud de licencia o la licencia. (NO USE SIGLAS) N° de identificación del proveedor: La ID del proveedor. (El número que aparece en el certificado de licencia de la instalación. A las solicitudes iniciales se les asignará un N° por unidad de verificación de antecedentes). Calle/ciudad/código postal: El lugar de la instalación con licencia donde la persona está licenciada o empleada.	Instrucciones para al lado derecho - Agencia supervisora: Coloque en letra de imprenta el nombre y el N° de identificación del proveedor de la Agencia que supervisará la instalación N° de ID del proveedor: Región/sitio/campo de DCFS: La región/sitio/campo de DCFS. Nombre del Trabajador: Nombre, identificación y teléfono del trabajador Nombre del Supervisor: Nombre, identificación y teléfono del supervisor
---	--

La Autorización para verificación de antecedentes tiene que ser presentada al trabajador para que se complete la Sección 4 y para que éste la envíe a la Unidad de verificación de antecedentes del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois que resulte pertinente. El trabajador tiene que controlar que el formulario esté completo y sea exacto, confirmar que a la persona (si tiene 18 años de edad o más) se le hayan tomado las huellas digitales, y verificar que la ortografía de los nombres sea correcta junto con una forma de identificación, como una licencia de conducir o identificación con fotografía.

AUTORIZACIÓN/CERTIFICACIÓN

Autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois a llevar a cabo una investigación para determinar si alguna vez se me ha acusado de un delito y, si así fuera, a investigar la sentencia de esas acusaciones. Autorizo al Departamento a solicitar información y ayuda del Departamento de Justicia de los EE.UU. y del Departamento de Ejecución de la Ley de Illinois mientras realiza esta investigación. Autorizo al Departamento a realizar búsquedas periódicas en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños para determinar si he sido un perpetrador de un incidente "indicado" de abuso o negligencia de menores según la Ley de Reporte de Abuso y Negligencia Infantil. Si estoy solicitando una licencia para ser hogar de crianza, autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias a obtener información de aquellas entidades en las cuales haya presentado una solicitud para licencia o para supervisión de licencia, referente a infracciones de normas de licenciamiento o referente al retiro de menores de mi hogar. Si soy o seré miembro del hogar de una familia de crianza, y transportaré hijos de crianza, autorizo al Departamento a que realice controles periódicos de mi licencia y de mis antecedentes de conducción con la oficina del Secretario del Estado. La verificación de antecedentes de abuso y negligencia infantil y la investigación de antecedentes penales puede utilizarse para analizar la colocación de un menor que es familiar o una solicitud de licencia. Las personas entre los 13 y los 17 años de edad que firmen este formulario autorizan una investigación de CANTS y LEADS solamente y no están sujetas a la toma de huellas digitales.

Comprendo que la información obtenida como resultado de mi autorización para esta investigación es confidencial pero puede ser compartida con el trabajador de colocación de menores, el solicitante de licenciamiento para quien se requiere la verificación de mis antecedentes o con personal de licenciamiento según las leyes estatales y federales y las regulaciones del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois que se apliquen. Además certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Reconozco que la falsificación de cualquier información proporcionada arriba y/o los resultados de la verificación de antecedentes pueden ser motivo suficiente para rechazar mi solicitud de licenciamiento.

Si usted cree que la información en su expediente de la Policía Estatal de Illinois y la Oficina Federal de Investigación no es correcta puede visitar <http://www.ilga.gov/commission/jcar/admincode/020/02001210sections.html> para la ISP y <http://www.fbi.gov> para el FBI.

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES para Cuidados de crianza y adopción
LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO Y COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

MARQUE UNA CASILLA EN CADA COLUMNA EN LA FILA CORRESPONDIENTE, A o B:			
	Categoría de la instalación	Tipo específico de solicitud	Persona en el hogar
1	A	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> ICPC (Compacto interestatal para la colocación de niños)	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de la familia (edades de 13 a 17)* <small>*Se requiere la firma del padre/madre/tutor</small> <input type="checkbox"/> Miembro de la familia (18 años y más) <input type="checkbox"/> Custodia
	B	<input type="checkbox"/> Hogar de adopción exclusivamente <input type="checkbox"/> Familiar sin licencia en Illinois <input type="checkbox"/> Familiar sin licencia fuera del estado	<input type="checkbox"/> Para fines de colocación <input type="checkbox"/> Para fines de adopción

INFORMACIÓN PERSONAL (Por favor, vea las instrucciones sobre los agregados al dorso)

Apellido/nombre/inicial del segundo nombre		Número de Seguro Social o ITIN _____ - _____ - _____							
Nombre de soltera y/u otros nombres usados anteriormente (Apellido/nombre/inicial del segundo nombre)		Estoy o estaré transportando a hijos de crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, coloque su número de licencia de conducir aquí: _____ - _____ - _____ ¿Se trata de un número de licencia de conducir de Illinois? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
DIRECCIÓN ACTUAL, TELÉFONO (cuando corresponda): Calle/Nº de Departamento: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Condado: _____ Teléfono particular (_____) _____ - _____ Teléfono celular(_____) _____ - _____		Mencione todas las direcciones previas en los últimos cinco (5) años, Incluidas aquellas fuera de Illinois. (Calle/Nº de Departamento/Ciudad/Condado/Estado/Código postal)						Fechas Desde/hasta	
Fecha de nacimiento (Mes/día/año)		Edad	Lugar de nacimiento (Ciudad y estado)	Ciudadanía(País) <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otra, especifique	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura Ft. (pies) In.(pulgadas)	Peso (libras)	Cabello (color)	Ojos (color)
Raza (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Americano nativo/nativo de Alaska (Indígena o esquimal) <input type="checkbox"/> Negro/afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No quiso identificarse <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> No pudo ser verificada								Etnia (vea los códigos en la Página 2)	

AUTORIZACIÓN /CERTIFICACIÓN

3	¿Alguna vez ha sido indicado/a como perpetrador/a en una investigación de abuso/negligencia infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha sido condenado/a por un delito penal, que no sea una violación menor de las normas de tránsito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Certifico que leí y comprendí la casilla de Autorización/Certificación al dorso de este formulario.
FIRMA _____ FECHA _____	
Firma del padre/madre/tutor (si corresponde) _____ FECHA _____	

A COMPLETAR POR LA AGENCIA SUPERVISORA	
Este formulario de autorización no será procesado si no se completa esta sección. El representante de otorgamiento de licencias tiene que completar lo siguiente	
Fecha en que se tomó la huella digital: _____	Nombre de la agencia supervisora: _____
Nombre completo de la instalación _____	Nº de identificación del proveedor _____
Nº de identificación del proveedor _____	O Región/sitio/campo del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois
Domicilio: _____	Nombre del trabajador Nº de identificación del trabajador/número de teléfono
Ciudad _____ IL Código postal: _____	Nombre del supervisor Nº de identificación del supervisor/número de teléfono

5	RESULTADOS DE LOS ANTECEDENTES SEGÚN CORRESPONDA	PARA USO DE LA OFICINA CENTRAL DE LICENCIAMIENTO
	Certificado de delincuente sexual: _____	Sid# _____ Certificado _____ Registro _____
	Certificado de CANTS: _____	Registrado en BC-03: _____
	Certificado de la Policía del Estado de Illinois: _____	Enviado por el FBI: _____
	Certificado del FBI: _____	Licencia de conducir válida: Sí _____ No _____
Certificados de Transferencia: SO/CANTS: _____ ISP: _____		

QUIÉN DEBE UTILIZAR ESTE FORMULARIO: Este formulario debe ser completado por todas las personas de 13 años de edad o más como parte de una solicitud para gestionar o residir en un hogar de cuidados de crianza. Toda persona sujeta a una verificación de antecedentes tiene que completar las primeras tres secciones identificando el tipo de instalación y qué rol tendrá en la instalación, y toda la información personal. Toda la información identificable tiene que ser exacta y completa. Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor para la verificación de antecedentes de un menor.

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LAS SECCIONES 2 Y 3 DE LA PORTADA

Nombre:	Se deben incluir todos los nombres actuales y anteriores utilizados por la persona. Si no utilizó otros nombres, escriba "ninguno".	
N° de seguro social, ITIN o N° asignado	ESTE FORMULARIO NO SERÁ PROCESADO SIN UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL CONTRIBUYENTE(ITIN, por sus siglas en inglés) O EL NÚMERO ASIGNADO POR EL DEPARTAMENTO	
Domicilio:	La dirección actual y todas las direcciones, incluyendo el condado, donde la persona haya vivido en los últimos cinco años (Indique si es fuera de Illinois)	
Raza:	Marque todos los códigos de raza que correspondan. NA = Americano nativo/nativo de Alaska (Indígena o esquimal) WH = Blanco AO = Asiático UK = Desconocida BL = Negro/afro-americano DI = No quiso identificarse PI = Nativo de Hawái/isleño del Pacífico CV = No pudo ser verificada	
Etnia:	Ingrese la etnia principal NH = No hispana (NINGUNA) HA = Hispano centroamericano HS = Hispano sudamericano HN = Hispano dominicano HM = Hispano mexicano HO = Hispano otra HP = Hispano puertorriqueño UK = Desconocida HD = Hispano de ascendencia española DI = No quiso identificarse HC = Hispano cubano CV = No pudo ser verificada	

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LA SECCIÓN 4 DE LA PORTADA

Instrucciones para al lado izquierdo - Nombre de la instalación: El nombre completo que aparece en la solicitud de licencia o la licencia. (NO USE SIGLAS) N° de identificación del proveedor: La ID del proveedor. (El número que aparece en el certificado de licencia de la instalación. A las solicitudes iniciales se les asignará un N° por unidad de verificación de antecedentes). Calle/ciudad/código postal: El lugar de la instalación con licencia donde la persona está licenciada o empleada.	Instrucciones para al lado derecho - Agencia supervisora: Coloque en letra de imprenta el nombre y el N° de identificación del proveedor de la Agencia que supervisará la instalación N° de ID del proveedor: Región/sitio/campo de DCFS: La región/sitio/campo de DCFS. Nombre del Trabajador: Nombre, identificación y teléfono del trabajador Nombre del Supervisor: Nombre, identificación y teléfono del supervisor
---	--

La Autorización para verificación de antecedentes tiene que ser presentada al trabajador para que se complete la Sección 4 y para que éste la envíe a la Unidad de verificación de antecedentes del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois que resulte pertinente. El trabajador tiene que controlar que el formulario esté completo y sea exacto, confirmar que a la persona (si tiene 18 años de edad o más) se le hayan tomado las huellas digitales, y verificar que la ortografía de los nombres sea correcta junto con una forma de identificación, como una licencia de conducir o identificación con fotografía.

AUTORIZACIÓN/CERTIFICACIÓN

Autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois a llevar a cabo una investigación para determinar si alguna vez se me ha acusado de un delito y, si así fuera, a investigar la sentencia de esas acusaciones. Autorizo al Departamento a solicitar información y ayuda del Departamento de Justicia de los EE.UU. y del Departamento de Ejecución de la Ley de Illinois mientras realiza esta investigación. Autorizo al Departamento a realizar búsquedas periódicas en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños para determinar si he sido un perpetrador de un incidente "indicado" de abuso o negligencia de menores según la Ley de Reporte de Abuso y Negligencia Infantil. Si estoy solicitando una licencia para ser hogar de crianza, autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias a obtener información de aquellas entidades en las cuales haya presentado una solicitud para licencia o para supervisión de licencia, referente a infracciones de normas de licenciamiento o referente al retiro de menores de mi hogar. Si soy o seré miembro del hogar de una familia de crianza, y transportaré hijos de crianza, autorizo al Departamento a que realice controles periódicos de mi licencia y de mis antecedentes de conducción con la oficina del Secretario del Estado. La verificación de antecedentes de abuso y negligencia infantil y la investigación de antecedentes penales puede utilizarse para analizar la colocación de un menor que es familiar o una solicitud de licencia. Las personas entre los 13 y los 17 años de edad que firmen este formulario autorizan una investigación de CANTS y LEADS solamente y no están sujetas a la toma de huellas digitales.

Comprendo que la información obtenida como resultado de mi autorización para esta investigación es confidencial pero puede ser compartida con el trabajador de colocación de menores, el solicitante de licenciamiento para quien se requiere la verificación de mis antecedentes o con personal de licenciamiento según las leyes estatales y federales y las regulaciones del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois que se apliquen. Además certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Reconozco que la falsificación de cualquier información proporcionada arriba y/o los resultados de la verificación de antecedentes pueden ser motivo suficiente para rechazar mi solicitud de licenciamiento.

Si usted cree que la información en su expediente de la Policía Estatal de Illinois y la Oficina Federal de Investigación no es correcta puede visitar <http://www.ilga.gov/commission/jcar/admincode/020/02001210sections.html> para la ISP y <http://www.fbi.gov> para el FBI.

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES para Cuidados de crianza y adopción
LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO Y COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

MARQUE UNA CASILLA EN CADA COLUMNA EN LA FILA CORRESPONDIENTE, A o B:			
	Categoría de la instalación	Tipo específico de solicitud	Persona en el hogar
1	A	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> ICPC (Compacto interestatal para la colocación de niños)	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Miembro de la familia (edades de 13 a 17)* <small>*Se requiere la firma del padre/madre/tutor</small> <input type="checkbox"/> Miembro de la familia (18 años y más) <input type="checkbox"/> Custodia
	B	<input type="checkbox"/> Hogar de adopción exclusivamente <input type="checkbox"/> Familiar sin licencia en Illinois <input type="checkbox"/> Familiar sin licencia fuera del estado	<input type="checkbox"/> Para fines de colocación <input type="checkbox"/> Para fines de adopción

INFORMACIÓN PERSONAL (Por favor, vea las instrucciones sobre los agregados al dorso)

Apellido/nombre/inicial del segundo nombre		Número de Seguro Social o ITIN _____ - _____ - _____							
Nombre de soltera y/u otros nombres usados anteriormente (Apellido/nombre/inicial del segundo nombre)		Estoy o estaré transportando a hijos de crianza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, coloque su número de licencia de conducir aquí: _____ - _____ - _____ ¿Se trata de un número de licencia de conducir de Illinois? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
DIRECCIÓN ACTUAL, TELÉFONO (cuando corresponda): Calle/Nº de Departamento: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Condado: _____ Teléfono particular (_____) _____ - _____ Teléfono celular(_____) _____ - _____		Mencione todas las direcciones previas en los últimos cinco (5) años, Incluidas aquellas fuera de Illinois. (Calle/Nº de Departamento/Ciudad/Condado/Estado/Código postal)						Fechas Desde/hasta	
		¿Vivió fuera de Illinois en los últimos 3 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Fecha de nacimiento (Mes/día/año)	Edad	Lugar de nacimiento (Ciudad y estado)	Ciudadanía(País) <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otra, especifique	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura Ft. (pies) In.(pulgadas)	Peso (libras)	Cabello (color)	Ojos (color)	
Raza (Marque todas las que correspondan)							Etnia (vea los códigos en la Página 2)		
<input type="checkbox"/> Americano nativo/nativo de Alaska (Indígena o esquimal)		<input type="checkbox"/> Negro/afro-americano		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> No quiso identificarse			
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Desconocida		<input type="checkbox"/> No pudo ser verificada			

AUTORIZACIÓN /CERTIFICACIÓN

3	¿Alguna vez ha sido indicado/a como perpetrador/a en una investigación de abuso/negligencia infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha sido condenado/a por un delito penal, que no sea una violación menor de las normas de tránsito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Certifico que leí y comprendí la casilla de Autorización/Certificación al dorso de este formulario.
FIRMA _____ FECHA _____	
Firma del padre/madre/tutor (si corresponde) _____ FECHA _____	

A COMPLETAR POR LA AGENCIA SUPERVISORA	
Este formulario de autorización no será procesado si no se completa esta sección. El representante de otorgamiento de licencias tiene que completar lo siguiente	
Fecha en que se tomó la huella digital: _____	Nombre de la agencia supervisora: _____
Nombre completo de la instalación _____	Nº de identificación del proveedor _____
Nº de identificación del proveedor _____	O Región/sitio/campo del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois
Domicilio: _____	Nombre del trabajador Nº de identificación del trabajador/número de teléfono
Ciudad _____ IL Código postal: _____	Nombre del supervisor Nº de identificación del supervisor/número de teléfono

5	RESULTADOS DE LOS ANTECEDENTES SEGÚN CORRESPONDA	PARA USO DE LA OFICINA CENTRAL DE LICENCIAMIENTO
	Certificado de delincuente sexual: _____	Sid# _____ Certificado _____ Registro _____
	Certificado de CANTS: _____	Registrado en BC-03: _____
	Certificado de la Policía del Estado de Illinois: _____	Enviado por el FBI: _____
	Certificado del FBI: _____	Licencia de conducir válida: Sí _____ No _____
Certificados de Transferencia: SO/CANTS: _____ ISP: _____		

QUIÉN DEBE UTILIZAR ESTE FORMULARIO: Este formulario debe ser completado por todas las personas de 13 años de edad o más como parte de una solicitud para gestionar o residir en un hogar de cuidados de crianza. Toda persona sujeta a una verificación de antecedentes tiene que completar las primeras tres secciones identificando el tipo de instalación y qué rol tendrá en la instalación, y toda la información personal. Toda la información identificable tiene que ser exacta y completa. Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor para la verificación de antecedentes de un menor.

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LAS SECCIONES 2 Y 3 DE LA PORTADA

Nombre:	Se deben incluir todos los nombres actuales y anteriores utilizados por la persona. Si no utilizó otros nombres, escriba "ninguno".	
N° de seguro social, ITIN o N° asignado	ESTE FORMULARIO NO SERÁ PROCESADO SIN UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL CONTRIBUYENTE(ITIN, por sus siglas en inglés) O EL NÚMERO ASIGNADO POR EL DEPARTAMENTO	
Domicilio:	La dirección actual y todas las direcciones, incluyendo el condado, donde la persona haya vivido en los últimos cinco años (Indique si es fuera de Illinois)	
Raza:	Marque todos los códigos de raza que correspondan. NA = Americano nativo/nativo de Alaska (Indígena o esquimal) WH = Blanco AO = Asiático UK = Desconocida BL = Negro/afro-americano DI = No quiso identificarse PI = Nativo de Hawái/isleño del Pacífico CV = No pudo ser verificada	
Etnia:	Ingrese la etnia principal NH = No hispana (NINGUNA) HA = Hispano centroamericano HS = Hispano sudamericano HN = Hispano dominicano HM = Hispano mexicano HO = Hispano otra HP = Hispano puertorriqueño UK = Desconocida HD = Hispano de ascendencia española DI = No quiso identificarse HC = Hispano cubano CV = No pudo ser verificada	

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA LA SECCIÓN 4 DE LA PORTADA

Instrucciones para al lado izquierdo - Nombre de la instalación: El nombre completo que aparece en la solicitud de licencia o la licencia. (NO USE SIGLAS) N° de identificación del proveedor: La ID del proveedor. (El número que aparece en el certificado de licencia de la instalación. A las solicitudes iniciales se les asignará un N° por unidad de verificación de antecedentes). Calle/ciudad/código postal: El lugar de la instalación con licencia donde la persona está licenciada o empleada.	Instrucciones para al lado derecho - Agencia supervisora: Coloque en letra de imprenta el nombre y el N° de identificación del proveedor de la Agencia que supervisará la instalación N° de ID del proveedor: Región/sitio/campo de DCFS: La región/sitio/campo de DCFS. Nombre del Trabajador: Nombre, identificación y teléfono del trabajador Nombre del Supervisor: Nombre, identificación y teléfono del supervisor
---	--

La Autorización para verificación de antecedentes tiene que ser presentada al trabajador para que se complete la Sección 4 y para que éste la envíe a la Unidad de verificación de antecedentes del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois que resulte pertinente. El trabajador tiene que controlar que el formulario esté completo y sea exacto, confirmar que a la persona (si tiene 18 años de edad o más) se le hayan tomado las huellas digitales, y verificar que la ortografía de los nombres sea correcta junto con una forma de identificación, como una licencia de conducir o identificación con fotografía.

AUTORIZACIÓN/CERTIFICACIÓN

Autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois a llevar a cabo una investigación para determinar si alguna vez se me ha acusado de un delito y, si así fuera, a investigar la sentencia de esas acusaciones. Autorizo al Departamento a solicitar información y ayuda del Departamento de Justicia de los EE.UU. y del Departamento de Ejecución de la Ley de Illinois mientras realiza esta investigación. Autorizo al Departamento a realizar búsquedas periódicas en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños para determinar si he sido un perpetrador de un incidente "indicado" de abuso o negligencia de menores según la Ley de Reporte de Abuso y Negligencia Infantil. Si estoy solicitando una licencia para ser hogar de crianza, autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias a obtener información de aquellas entidades en las cuales haya presentado una solicitud para licencia o para supervisión de licencia, referente a infracciones de normas de licenciamiento o referente al retiro de menores de mi hogar. Si soy o seré miembro del hogar de una familia de crianza, y transportaré hijos de crianza, autorizo al Departamento a que realice controles periódicos de mi licencia y de mis antecedentes de conducción con la oficina del Secretario del Estado. La verificación de antecedentes de abuso y negligencia infantil y la investigación de antecedentes penales puede utilizarse para analizar la colocación de un menor que es familiar o una solicitud de licencia. Las personas entre los 13 y los 17 años de edad que firmen este formulario autorizan una investigación de CANTS y LEADS solamente y no están sujetas a la toma de huellas digitales.

Comprendo que la información obtenida como resultado de mi autorización para esta investigación es confidencial pero puede ser compartida con el trabajador de colocación de menores, el solicitante de licenciamiento para quien se requiere la verificación de mis antecedentes o con personal de licenciamiento según las leyes estatales y federales y las regulaciones del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois que se apliquen. Además certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Reconozco que la falsificación de cualquier información proporcionada arriba y/o los resultados de la verificación de antecedentes pueden ser motivo suficiente para rechazar mi solicitud de licenciamiento.

Si usted cree que la información en su expediente de la Policía Estatal de Illinois y la Oficina Federal de Investigación no es correcta puede visitar <http://www.ilga.gov/commission/jcar/admincode/020/02001210sections.html> para la ISP y <http://www.fbi.gov> para el FBI.