Iowa Department of Human Services

Instrucciones para
Solicitud de registro de hogar de desarrollo infantil

Los hogares de desarrollo infantil de Iowa se dividen en tres categorías. La calificación de su categoría se determina según su edad, experiencia en cuidado infantil y educación en cuidado infantil. Determine a qué categoría desea solicitar y luego recorra esa columna y marque las casillas que aplican en su caso. **Todas las casillas de la columna deben estar marcadas para que usted pueda calificar para esa categoría.** Todos los hogares de desarrollo infantil deben estar ubicados en una residencia unifamiliar que sea propiedad de/esté alquilada o arrendada por, al menos una de las personas nombradas en el certificado de registro del hogar de desarrollo infantil. Una residencia unifamiliar incluye: un apartamento, condominio, casa pareada u otra unidad individual dentro de una vivienda residencial de unidades múltiples, pero no incluye un edificio comercial o industrial que se utilice principalmente para otros fines que no sean de residencia.

Hogar de desarrollo infantil Categoría A	**Hogar de desarrollo infantil Categoría B**	**Hogar de desarrollo infantil Categoría C**
☐ al menos 18 años de edad	☐ al menos 20 años de edad	☐ al menos 21 años de edad
☐ *3 cartas de referencia (que no sean de familiares)*	☐ *Diploma de educación secundaria o GED*	☐ * Diploma de educación secundaria o GED *
	☐ *2 años de experiencia como proveedor de cuidado infantil en el hogar O Credencial de asociado de desarrollo infantil o un título de 2 o 4 años en un campo relacionado con el cuidado infantil y 1 año de experiencia como proveedor de cuidado infantil en el hogar*	☐ * 5 años de experiencia como proveedor de cuidado infantil en el hogar O Credencial de asociado de desarrollo infantil o un título de 2 o 4 años en un campo relacionado con el cuidado infantil y 4 años de experiencia como proveedor de cuidado infantil en el hogar *
	☐ 35 pies cuadrados por cada menor en el espacio interior	☐ 35 pies cuadrados por cada menor en el espacio interior
	☐ 50 pies cuadrados por cada menor en el espacio al aire libre	☐ 50 pies cuadrados por cada menor en el espacio al aire libre
	☐ Zona tranquila para niños enfermos	☐ Zona tranquila para niños enfermos
☐ Extintor de incendios	☐ Extintor de incendios	☐ Extintor de incendios
☐ Detectores de humo en cada habitación ocupada por menores	☐ Detectores de humo en cada habitación ocupada por menores	☐ Detectores de humo en cada habitación ocupada por menores
	☐ Dos salidas directas en el piso donde se brinda el cuidado infantil	☐ Dos salidas directas en el piso donde se brinda el cuidado infantil
		☐ Un proveedor ☐ Dos proveedores Nota: Si hay dos proveedores con calificaciones diferentes, el proveedor con calificaciones de la Categoría C debe estar presente en todo momento si el segundo proveedor solo cumple con las calificaciones de la Categoría B.

Iowa Department of Human Services

Solicitud de registro de un hogar de desarrollo infantil

Marque una: ☐ Nueva ☐ Renovación ☐ Cambio

Solicito el registro para (marque una):

- ☐ Hogar de desarrollo infantil Categoría A
- ☐ Hogar de desarrollo infantil Categoría B
- ☐ Hogar de desarrollo infantil Categoría C (1 proveedor–capacidad para 8)
- ☐ Hogar de desarrollo infantil Categoría C (2 proveedores–capacidad para 16)

Apellido / Primer nombre / Segundo nombre		Fecha de nacimiento
Nombre de soltera o cualquier otro nombre utilizado		Últimos cuatro dígitos del N.º de Seguro Social
Dirección del domicilio (ciudad, estado, código postal)		Número de teléfono
Dirección postal, si es diferente a la del domicilio (ciudad, estado, código postal)		Condado
Nombre comercial de la instalación de cuidado infantil	Dirección y número de teléfono de la instalación donde realizará el cuidado infantil, si es diferente al hogar	
Correo electrónico	Otros estados donde ha residido	
Días y horas de funcionamiento de su instalación de cuidado infantil	Idiomas que habla	¿Transportará usted a los menores? ☐ Sí ☐ No
Nombre del asistente/sustituto (indique si es sustituto, asistente o ambos)		Fecha de nacimiento
Dirección	Número de teléfono	Otros estados donde han residido
Nombre del coproveedor, si solicita la Categoría C (2 proveedores)		Fecha de nacimiento
Dirección	Número de teléfono	Otros estados donde han residido

Añada a continuación los nombres de los demás adultos y menores que residen en el hogar donde va a realizar los cuidados. Si necesita más espacio, utilice una hoja aparte y adjúntela a la solicitud.

Nombre completo en letra imprenta	Cualquier otro estado donde han residido	Fecha de nacimiento	¿Asiste a la escuela? S/N	Últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social	Relación que tiene con usted

1. Cumpliré con los requisitos mínimos para un hogar de desarrollo infantil que se encuentran en el Capítulo 110 del Código Administrativo 441 de Iowa, de acuerdo con la sección 237A.4 del Código de Iowa.
2. Entiendo que el Department of Human Services realizará las inspecciones necesarias de las instalaciones para determinar nuestra conformidad con estos requisitos mínimos.
3. Certifico que toda la información que entrego es y será verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Además, soy consciente de que si presento un informe falso al Department of Human Services con respecto a las operaciones de mi hogar de desarrollo infantil, me pueden revocar el *Certificado de registro* y el estado puede recuperar todos los pagos entregados.
4. Entiendo que —sujeto a las disposiciones de la sección 237A del Código de Iowa— el Registro central de abusadores y el Departamento de seguridad pública revisarán los antecedentes de todos los miembros de mi hogar en todos los casos de nuevas solicitudes y que, además, pueden volver a revisar los antecedentes en los casos de solicitudes adicionales.
5. Informaré al Department of Human Services cualquier cambio que pueda afectar la elegibilidad del registro de mi instalación de cuidado infantil dentro de 10 días.
6. Estoy de acuerdo en revelar todas las condenas criminales y casos de abuso infantil fundados que yo, o cualquier otra persona que resida o trabaje en este hogar, haya recibido en este estado o en cualquier otro estado.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del cosolicitante (de Hogar de desarrollo infantil de Categoría C, si corresponde)	Fecha

Tiene derecho a apelar

¿Qué es una apelación?

Una **apelación** es una solicitud de audiencia debido a que no está de acuerdo con una decisión tomada por el Department of Human Services (DHS). Si no está de acuerdo con una decisión, tiene derecho a presentar una apelación. No tiene que pagar para presentar una apelación. [Código Administrativo de Iowa 441, Capítulo 7].

¿Cómo apelar?

Presentar una apelación es fácil. Debe apelar por escrito mediante **una** de las siguientes opciones:

- Complete una apelación electrónicamente en https://hhs.iowa.gov/programs/appeals, **o**
- Escriba una carta y cuéntenos por qué cree que la decisión es incorrecta, **o**
- Complete el formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener el formulario en la oficina del DHS de su condado.

Envíe el formulario de apelación por correo o llévelo personalmente al Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, comuníquese con la oficina del DHS de su condado.

¿Cuánto tiempo tengo para apelar?

Debe presentar la apelación:

- En un plazo no mayor a 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión o
- Antes de la fecha en que una decisión entre en vigor

Si presenta la apelación después de 30 días, pero todavía dentro de los 90 días calendario después de la decisión, deberá explicarnos el motivo del retraso de su apelación. Si tiene un motivo justificado para haber presentado su apelación tardíamente, decidiremos si puede tener una audiencia.

Si presenta la apelación fuera del plazo de 90 días desde la fecha de la decisión, no podemos otorgarle una audiencia.

¿Puedo seguir recibiendo beneficios mientras mi apelación está pendiente?

Si presenta una apelación, podrá mantener sus beneficios hasta que la apelación sea final o hasta el término del periodo de certificación:

- Dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de recibo de la notificación. Un aviso se considera recibido 5 días calendario después de la fecha en el aviso o
- Antes de la fecha en la que una decisión entra en vigor.

Es posible que tenga que devolver cualquier beneficio que reciba mientras se decide su apelación si la acción del Departamento es correcta.

¿Cómo sabré si se me concedió una audiencia?

Recibirá un aviso de audiencia que indicará la fecha y la hora de la audiencia telefónica programada. Si no se le concede una audiencia, recibirá una carta con la negativa. La carta explicará las razones por las que no se le concedió la audiencia. También explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de no concederle una audiencia.

¿Puedo tener a alguien que me ayude en la audiencia?

Usted u otra persona, como un amigo o pariente puede explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Departamento. También puede traer a su propio abogado, pero el Departamento no pagará por ello. La oficina de DHS de su condado puede entregarle información sobre los servicios legales existentes. El costo de los servicios legales dependerá de sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al 243-1193.

Política con respecto a discriminación, acoso, acción afirmativa e igualdad de oportunidades en el empleo

Es política del Department of Human Services de Iowa (DHS, por sus siglas en inglés) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si cree que el DHS le ha discriminado o acosado, por favor, envíe una carta detallando su queja a:
Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o por correo electrónico a FDHS@hhs.iowa.gov