



NOTIFICACIÓN DE CONTRATACIÓN, PROMOCIÓN O DESVINCULACIÓN DE EMPLEADOS DE CUIDADO INFANTIL

Conforme al título 5A de las Regulaciones Municipales del Distrito de Columbia (DCMR), capítulo, 1, sección 131.1, este formulario debe completarse y enviarse a la División de Aprendizaje Temprano, Unidad de Licencias y Cumplimiento para cada personal recién contratado (designado), promoción de personal o desvinculación en su instalación.

Nombre de la instalación

Director/proveedor

INTEGRANTE DEL PERSONAL:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono del hogar: _____ Número de celular: _____

Dirección del hogar: _____

Cargo: _____ Fecha de contratación: _____

Fecha de desvinculación: _____

Breve descripción de funciones:

Marque cada punto a continuación y adjunte toda documentación de apoyo para cada

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fotografía actual
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Verificación de antecedentes penales completados (Fieldprint)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Verificación del Registro de Protección a Menores (CPR) completado
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Certificados de salud
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Currículum actual
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cartas de referencia
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Títulos, credenciales o expedientes académicos oficiales requeridos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Capacitación de orientación para empleados/instalación (revisión de las políticas y procedimientos de la instalación, así como las funciones)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Unidades de desarrollo profesional y educación continua obtenida (consulte el
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Requisitos de capacitación en salud y seguridad establecidos en la Sección 139 (requisitos de los integrantes del personal: desarrollo profesional) (consulte la



DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

EDUCACIÓN:

- Licenciatura (BA) o superior: _____
Nombre de la institución _____ Fecha de concesión _____
- Título intermedio de 2 años: _____
Nombre de la institución _____ Fecha de concesión _____
- Escuela secundaria/GED: _____
Nombre de la institución _____ Fecha de concesión _____
- Certificado Montessori: _____
Nombre de la institución _____ Fecha de concesión _____
- Credencial de CDA: _____
Nombre de la institución _____ Fecha de concesión _____

CURSOS DE DESARROLLO PROFESIONAL (especificar):

EXPERIENCIA OCUPACIONAL SUPERVISADA:

Firma y cargo del empleador/persona designada

Fecha