



DISTRICT OF COLUMBIA  
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

# EDUCATION

## DIVISIÓN DE APRENDIZAJE TEMPRANO UNIDAD DE LICENCIAS Y CUMPLIMIENTO (LCU)

TELÉFONO: (202) 727-1839 • FAX: (202) 727-7295

DIRECCIÓN POSTAL: 1050 FIRST STREET, NE • Sixth FLOOR •  
WASHINGTON DC 20002

SOLICITUD DE LICENCIAS PARA HOGARES  
DE DESARROLLO INFANTIL  
Escriba a máquina o con letra de imprenta clara

### PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

Fecha de recepción

N.º de cheque/giro postal

Monto recibido

Recibido por

### SECCIÓN I TIPO DE SOLICITUD

<input type="checkbox"/> NUEVA	<input type="checkbox"/> CAMBIO EN EL FUNCIONAMIENTO (Con la aprobación de la LCU) <input type="checkbox"/> <i>Espacio del programa</i> <input type="checkbox"/> <i>Programa</i> <input type="checkbox"/> <i>Propiedad</i> Vigente a partir de (mm/dd/aaaa) _____ <input type="checkbox"/> OTROS _____   Vigente a partir de (mm/dd/aaaa) _____
<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	
<input type="checkbox"/> ENMENDADA	

### SECCIÓN II INFORMACIÓN SOBRE HOGARES/HOGARES EXTENDIDOS

Nombre completo del solicitante		Fecha de nacimiento	Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social
Dirección física de la instalación que debe figurar en la licencia			<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Apartamento
Número de teléfono	Número de fax	Dirección de correo electrónico	Sitio web
<i>Si la dirección postal es diferente, complete esta sección</i>			
Dirección			
¿Cuántos años lleva viviendo en esta dirección?		Idiomas hablados en el hogar	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
<b>EDAD Y NÚMERO DE PERSONAS QUE RESIDEN EN EL HOGAR:</b>			
Menor de 4 años	Menor de 8 años	Entre 5 y 16 años	18 años o más
<b>Enumere todos los residentes del hogar (sin incluir al solicitante)</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Relación</b>
1.			
2.			
3.			
4.			

## SECCIÓN III INFORMACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA INSTALACIÓN

Nombre oficial de la instalación/nombre del permiso de ocupación de hogares (HOP)			
Negocio constituido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL
Dirección física de la instalación que debe figurar en la licencia			
Dirección	Ciudad   Estado	Código postal	Zona
Número de teléfono	Número de fax	Dirección de correo electrónico	Idioma que se habla en la instalación
Si la dirección postal es diferente, complete esta sección:			
Dirección física del propietario		Ciudad   Estado	Código postal

## SECCIÓN IV INFORMACIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA INSTALACIÓN

Número máximo de menores para cuidar: _____ Edades de los menores que recibirán servicios: _____
Indique los meses del año, las horas y los días de la semana en que prestará servicios a los niños y jóvenes (marque solo una opción para cada horario)
<input type="checkbox"/> Todo el año (enero a diciembre) <input type="checkbox"/> Solo el año escolar <input type="checkbox"/> Solo en verano <input type="checkbox"/> Solo en verano <input type="checkbox"/> Junio a agosto <input type="checkbox"/> Horario de atención: _____
<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo

## SECCIÓN V PROPIEDAD

Nombre del propietario legal	Número de teléfono	
Dirección física del propietario	Ciudad   Estado	Código postal

## SECCIÓN VI INFORMACIÓN ADICIONAL

Responda todas las preguntas siguientes marcando con una "X" las casillas correspondientes. Si contesta "Sí" a alguna de las preguntas que figuran a continuación, debe proporcionar toda la información y completar los detalles en una hoja de papel aparte y adjuntarla a este formulario de solicitud.		
1. ¿Ha renunciado alguna vez voluntariamente a una licencia después de que se hayan presentado cargos formales contra usted o mientras se le investiga?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha sido condenado alguna vez por un delito (que no sea una infracción de tráfico menor) que no se haya comunicado previamente a la LCU?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Tiene o ha tenido alguna vez una licencia en el DC o en cualquier otro estado/jurisdicción? (Si la respuesta es "Sí", asegúrese de completar el apartado siguiente).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
(a) Nombre en la licencia o certificado anterior:	Número de licencia/certificado y estado	
(b) Dirección de la licencia o certificado anterior:	Año(s) de funcionamiento:	
4. ¿Ha tomado alguna autoridad medidas adversas contra su licencia o sus privilegios o le ha informado sobre algún cargo pendiente que no se haya comunicado previamente a esta LCU?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

**SECCIÓN VII ACUERDOS Y FIRMA AUTORIZADA** (Lea cada declaración y firme en la parte inferior)

Responda todas las preguntas siguientes marcando con una "X" las casillas correspondientes. Si responde "No" a alguna de las preguntas que figuran a continuación, deberá proporcionar toda la información y completar los detalles en una hoja de papel aparte y adjuntarla a este formulario de solicitud.

1. Comprendo los requisitos para denunciar el abuso infantil o sospecha de abuso.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2. Obtendré la aprobación de la agencia de licencias antes de realizar cambios en la capacidad de nuestra licencia o en nuestro hogar.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. Tengo un contrato de alquiler válido y el permiso del propietario/arrendador para poner en funcionamiento una instalación de desarrollo infantil en el lugar.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4. Notificaré a la agencia de licencias cuando queramos dejar de operar una instalación de desarrollo infantil con licencia.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
5. He leído las leyes y los reglamentos que rigen el funcionamiento de esta instalación con licencia y es la intención de este solicitante cumplirlos. Entiendo que soy responsable de cumplir y mantener el cumplimiento de todas las leyes y regulaciones aplicables a las licencias de cuidado infantil en todo momento.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
6. Entiendo que una <b>nueva</b> solicitud puede ser denegada si no proporciono una solicitud completa dentro de los noventa (90) días <b>de la presentación inicial</b>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
7. Comprendo que una <b>nueva</b> solicitud puede ser denegada si no demuestro la capacidad de subsanar las deficiencias identificadas dentro de los plazos requeridos especificados por la Oficina del Superintendente Estatal de Educación (OSSE), que no excederán de noventa (90) días.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
8. Declaro, bajo pena de perjurio, que a mi leal saber y entender, el contenido de esta solicitud y la información proporcionada con ella son verdaderos, exactos y completos.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Firma del propietario/agente

Fecha

**DEVOLVER A:**

**Oficina del Superintendente Estatal de Educación  
de la primera infancia  
Unidad de Licencias de Cuidado Infantil  
1050 First Street, NE, Sixth Floor  
Washington, DC 20002  
Teléfono: (202) 727 – 1839**

**CONSERVE UNA COPIA PARA SUS REGISTROS**