**OCFS-4879-S** (01/2021) FRENTE

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**HOJA PARA REGISTRAR LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN UN PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA:** | |  | | | | **NO. DE LICENCIA/REGISTRO:** | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | | | **PERIODO DE LICENCIA/REGISTRACIÓN** | | | | | | | |
| **DIRECTOR/**  **PROVEEDOR:** |  | | **INICIO:** | /    / | **PUNTO MEDIO:** | | /    / | **EXPIRACIÓN:** | | /    / |

| **NOMBRES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO** | **FUNCIÓN EN EL PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO** | **FECHAS DE INICIO INDIVIDUALES** | **TOTAL DE HORAS** | Principios de Desarrollo Infantil | Nutrición y Salud  Necesidades de los Bebés y Niños | Programa de Desarrollo de  Cuidado Diurno Infantil | Procedimientos de Protección y Seguridad | Mantención de Récords de  Negocios y Administración | Identificación y Prevención  de Abuso y Maltrato Infantil | Estatutos y Regulaciones con  Respecto al Cuidado Diurno Infantil | Estatutos y Regulaciones con  Respecto al Abuso y Maltrato Infantil | Educación e Información de la Identificación, Diagnosis y Prevención del Síndrome del Bebé Sacudido | Experiencias Adversas en la Niñez , Enfocándose en el Trauma y en Nutrir Resiliencia |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OCFS-4879-S** (01/2021) REVERSO

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

**HOJA PARA REGISTRAR LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN UN PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO**

| **NOMBRES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO** | **FUNCIÓN EN EL PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO** | **FECHAS DE INICIO INDIVIDUALES** | **TOTAL DE HORAS** | Principios de Desarrollo Infantil | Nutrición y Salud  Necesidades de los Bebés y Niños | Programa de Desarrollo de  Cuidado Diurno Infantil | Procedimientos de Protección y Seguridad | Mantención de Récords de  Negocios y Administración | Identificación y Prevención  de Abuso y Maltrato Infantil | Estatutos y Regulaciones con  Respecto al Cuidado Diurno Infantil | Estatutos y Regulaciones con  Respecto al Abuso y Maltrato Infantil | Educación e Información de la Identificación, Diagnosis y Prevención del Síndrome del Bebé Sacudido | Experiencias Adversas en la Niñez , Enfocándose en el Trauma y en Nutrir Resiliencia |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | /  / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma del Director/Proveedor:** |  | **Título:** |  | **Fecha:** | **/    /** |