

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

HOJA PARA REGISTRAR LA CAPACITACION INDIVIDUAL EN UN PROGRAMA DE CUIDADO DIURNO

Nombre del Individuo: Título:

Director(a)/Proveedor(a): Período de Licencia/Registración / / A / /

Nombre del Programa: CCFS Número de Licencia/Registración Fecha de Inicio del Individuo / /

TITULO DE CAPACITACIÓN	ORGANIZACIÓN PATROCINADORA/ ENTRENADOR(A) (CCR&R, CRUZ ROJA, SUNY, ETC.)	TIPO DE CAPACITACIÓN EN VIDEO, EN CLASE, UNIVERSIDAD, TELECONFERENCIA ETC.)	FECHA DE CAPACITACIÓN	HORAS TOTALES	Mantenimiento y Administración de los Registros del Negocio (5)	Identificación y Prevención de Abuso y Maltrato Infantil (6)	Programa de Desarrollo de Cuidado Diurno (3)	Identificación, Diagnóstico & Prevención del Síndrome del Bebé Sacudido (9)	Nutrición y Necesidades de Salud de los Niños (2)	Principios del Desarrollo de la Niñez (1)	Procedimientos de Seguridad (4)	Estatutos y Regulaciones de Abuso y Maltrato Infantil (8)	Estatutos y Regulaciones de Cuidado Infantil Diurno (7)
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										

TITULO DE CAPACITACIÓN	ORGANIZACIÓN PATROCINADORA ENTRENADOR(A) (CCR&R, CRUZ ROJA, SUNY, ETC)	TIPO DE CAPACITACIÓN EN VIDEO, EN CLASE, UNIVERSIDAD, TELECONFERENCIA ETC.)	FECHA DE CAPACITACIÓN	HORAS TOTALES	Mantenimiento y Administración de los Registros del Negocio (5)	Identificación y Prevención de Abuso y Maltrato Infantil (6)	Programa de Desarrollo de Cuidado Diurno (3)	Identificación, Diagnóstico & Prevención del Síndrome del Bebé Sacudido (9)	Nutrición y Necesidades de Salud de los Niños (2)	Principios del Desarrollo de la Niñez (1)	Procedimientos de Seguridad (4)	Estatutos y Regulaciones de Abuso y Maltrato Infantil (8)	Estatutos y Regulaciones de Cuidado Infantil Diurno (7)
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										
			/ /										

Firma del Director(a)/ Proveedor(a): _____ Título: _____ Fecha: / /

Firma del Empleado(a): _____ Título: _____ Fecha: / /

Una copia de este formulario y la documentación válida de las horas de capacitación deben ser mantenidas en el archivo personal del empleado(a) y debe estar disponible para ser revisada por OCFS cuando se lo solicite. Este formulario (con firma y fecha) puede utilizarse para transferir horas de capacitación entre programas de cuidado diurno.