

Material Superseded

This material replaces the following pages from Employees' Manual, Title 12, Chapter F, Appendix:

<u>Page</u>	<u>Date</u>
Title page	December 24, 2002
Contents (page 1)	October 23, 2009
470-3384	9/09
470-3384(S)	9/09
1	October 23, 2009
595-1396	8/07
595-1396(S)	8/07
7, 8	October 12, 2007
470-2310	6/03
470-2310(S)	6/03

Additional Information

Use up existing supplies of form 470-3384, *Application for Child Development Home Registration*. The form will no longer be printed.

Refer questions about this general letter to Mykala Robinson, Child Care Regulatory Program Manager.

Revised August 2, 2013

Employees' Manual
Title 12
Chapter F Appendix

CHILD DEVELOPMENT HOME REGISTRATION

APPENDIX



Iowa Department
of Human Services

	<u>Page</u>
Application for Child Development Home Registration, 470-3384 and 470-3384(S).....	1
Lead Assessment and Control, Form 470-4755 and 470-4755(S).....	2
Parent Guide to Child Development Home Registration, SS-0702-3 and SS-0702-3(S).....	3
Certificate of Registration, 470-3498.....	4
Notice of Decision: Services, Form 470-0602 and 470-0602(S).....	5
Checklist for Child Development Home Registration, 470-0625.....	6
Record Check Authorization, Form 470-5143 and 470-5143(S).....	7
Request for Child Abuse Information, 470-0643.....	9
Record Check Evaluation, 470-2310 and 470-2310(S).....	11
Record Check Decision, 470-2386 and 470-2386(S).....	12
Classification of Criminal Offenses, RC-0042.....	13
Request for Child Care Training Approval, Form 470-4528.....	14
Child Development Home Registration Guidelines, Comm. 143.....	15



Instructions for Application for Child Development Home Registration

Iowa's child development homes are divided into three categories. The category that you qualify for is determined by your age, experience in child care, and child care education. Please determine which category you wish to apply for, then go through that column and check the boxes that apply to you. **All boxes in the column must be checked for you to qualify for that category.** All child development homes must be located in a single-family residence that is owned, rented, or leased by at least one of the persons who is named on the child development home's certificate of registration. Single-family residence includes: an apartment, condo, townhouse, or other individual unit within a multiple unit residential dwelling, but does not include a commercial or industrial building that is primarily used for purposes other than a residence.

Child Development Home Category A	Child Development Home Category B	Child Development Home Category C
<input type="checkbox"/> at least 18 years old	<input type="checkbox"/> at least 20 years old	<input type="checkbox"/> at least 21 years old
<input type="checkbox"/> * 3 letters of reference (no relatives) *	<input type="checkbox"/> * High school diploma or GED *	<input type="checkbox"/> * High school diploma or GED *
	<input type="checkbox"/> * 2 years of experience as child care home provider OR CDA or 2 or 4 year degree in child care related field and 1 year of experience as a child care home provider *	<input type="checkbox"/> * 5 years experience as a child care home provider OR CDA or 2 or 4 year degree in a child care related field and 4 years of experience as a child care home provider *
	<input type="checkbox"/> 35 square feet per child indoors	<input type="checkbox"/> 35 square feet per child indoors
	<input type="checkbox"/> 50 square feet per child outdoors	<input type="checkbox"/> 50 square feet per child outdoors
	<input type="checkbox"/> quiet area for sick children	<input type="checkbox"/> quiet area for sick children
<input type="checkbox"/> fire extinguisher	<input type="checkbox"/> fire extinguisher	<input type="checkbox"/> fire extinguisher
<input type="checkbox"/> smoke detectors in each child occupied room	<input type="checkbox"/> smoke detectors in each child occupied room	<input type="checkbox"/> smoke detectors in each child occupied room
	<input type="checkbox"/> two direct exits on floor where child care is given	<input type="checkbox"/> two direct exits on floor where child care is given
		<input type="checkbox"/> one provider <input type="checkbox"/> two providers Note: If two providers <u>with differing qualifications</u> , the provider with Category C qualifications must be present at all times if the second provider only meets the qualifications of Category B.

* Documentation must be attached for the following items:

High school diploma/GED:

- ◆ Either a copy of your high school diploma or GED or a letter from the school verifying that you received the diploma/GED.

Experience as a child care home provider (attach at least one of the following):

- ◆ Iowa Child Care Home registration provider number _____.
- ◆ Tax returns listing your employment as child care provider.
- ◆ Insurance policy listing your employment as child care provider.

CDA or 2 or 4 year degree:

- ◆ Copy of CDA or college diploma or letter from the school verifying you received the CDA/diploma.

Three letters of reference:

- ◆ No relatives. Letters must attest to your character and ability to provide good quality child care.

For providers operating in a child development home built before 1960:

You must conduct a visual assessment of the child development home for lead hazards that exist in the form of peeling or chipping paint. If hazards are identified, apply interim controls on any chipping or peeling paint found, using lead-safe work methods in accordance with and as defined by department of public health rules at 641—Chapters 69 and 70, unless a certified inspector as defined in 641—Chapter 70 determines that the paint is not lead based paint.

- ◆ Attach a completed and signed form 470-4755 or 470-4755(S), Lead Assessment and Control, to your application, as verification of the visual assessment and completion of interim controls. Be sure to include completed “Interim Control Table” as part of form 470-4755 or 470-4755(S).
- ◆ This must be done for all initial applications submitted on or after December 1, 2009.
- ◆ Providers that have a valid registration on November 1, 2009, shall assess and control lead hazards and document this on form 470-4755 or 470-4755(S) by June 30, 2010, for submission with the next renewal application.
- ◆ Attach new form 470-4755 or 470-4755(S) (to include new “Interim Control Table”) with every application (initial and each renewal).
- ◆ If a certified lead inspector has determined that the paint is not lead-based, attach verification documentation to completed and signed form 470-4755 or 470-4755(S) (including “Interim Control Table”).
- ◆ A link to the Iowa Department of Public Health publication. “Lead Poisoning, How to Protect Families” is found at: http://www.idph.state.ia.us/eh/common/pdf/lead/protect_iowa_families.pdf and http://www.idph.state.ia.us/eh/common/pdf/lead_poisoning_prevention/como_proteger_a_las_familias.pdf

Specific Instructions for Completing the Application Form

1. At the top of the application form there are three different squares.
 - ◆ If this is a new application, put an X in the “new” square.
 - ◆ If you are renewing your application, put an X in the “renewal” square.
 - ◆ If you have a change of address, a change of name, a change in your household members or change in category after you have received a *Certificate of Registration*, put an X in the “change” square.
2. Check **one** category for which you are requesting registration.
3. Print your name (and names that you have used, if any) and address on the lines indicated. Your name and address will appear on the *Certificate of Registration* as you have entered it on the application form.
4. Enter your birth date, last four digits of your social security number, telephone number with area code, and the name of your county on the lines indicated on the application form.
5. Add the names of every adult and child living in the home, with birth dates and last four digits of their social security numbers. If more space is needed, use a separate sheet of paper and attach it to the application.
6. Read the six statements on page 1 carefully. Your signature on this application form is your agreement to comply with all requirements.
7. To complete the application, you must sign on the line indicated for your signature, and enter the date of your application. The *Certificate of Registration* will be effective the first day of the month in which the application was received at the local DHS office. The *Certificate of Registration* will show an expiration date 24 months after the effective date.
8. Keep a copy of the application for your records.
 - ◆ Mail the original to your county DHS office.
 - ◆ Applications submitted electronically via KinderTrack do not have to be mailed into the local office.
 - ◆ Applications are to be returned to DHS not CCRR as they do not process the applications.

The Department of Human Services will review your completed application and complete the criminal records check and Child Abuse Registry check. If all information is acceptable, a *Certificate of Registration* will be mailed to you. The DHS local office will see that your name is entered on the statewide listing of registered child development homes, unless you have requested in writing that your home not be listed. The local office maintains a file of registered child development homes as a service to the community.

Registrations are valid for two years. You must reapply for a renewal of your registration. The DHS registration worker will send you a renewal packet before your date of expiration.



Application for Child Development Home Registration

Check one: New Renewal Change

I request registration for (check one):

- Child Development Home Category A
- Child Development Home Category B
- Child Development Home Category C (1 provider—capacity 8)
- Child Development Home Category C (2 providers—capacity 16)

Last	First	Middle	Birth date
Maiden name or any other name used			Last four digits of SS #
Home address (city, state, zip code)			Telephone number ()
Mailing address, if different from home (city, state, zip code)			County
Name of child care business		Address & phone # where you will be doing business, if different from home	
Email address		Other states you have resided	
Days and hours of your child care business		Languages you speak	Will you transport children? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Assistant/substitute name (indicate whether substitute or assistant or both)			Birth date
Address		Telephone number	Other states they may have resided

Add below the names of other adults and children in the home where you will be doing care. If more space is needed, please use a separate sheet of paper and attach it to the application.

Print full name	Any other state they may have resided in	Birth date	Attending school? Y/N	Last four digits of social security number	Relationship to you

1. I will comply with the minimum requirements for a child development home found in 441 Iowa Administrative Code, Chapter 110 in accordance with Iowa Code section 237A.4.
2. I understand the Department of Human Services will make necessary inspections of the facility in order to determine our conformity to these minimum requirements.
3. I certify that any information I give is and will be true and correct to the best of my knowledge. Further, I am aware that if I make a false report to the Department of Human Services regarding the operation of my child development home, the *Certificate of Registration* may be revoked and state payments may be recouped.
4. I understand that, subject to the provisions of Iowa Code section 237A, the Central Abuse Registry and the Department of Public Safety will check on all members of my household for all new applications and may recheck for re-applications.
5. I will inform the Department of Human Services of any changes that may affect my child care registration eligibility within 10 days.
6. I agree to disclose all criminal convictions and founded child abuse that I, or anyone else residing or working in this household, have received in this state or in any other state.

Signature of applicant	Date
Signature of co-applicant (for Child Development Home Category C, if applicable)	Date

You Have the Right to Appeal

What is an appeal?

An **appeal** is asking for a hearing because you do not like a decision the Department of Human Services (DHS) makes. You have the right to file an appeal if you disagree with a decision. You do not have to pay to file an appeal. [441 Iowa Administrative Code Chapter 7].

How do I appeal?

Filing an appeal is easy. You must appeal in writing by doing **one** of the following:

- Complete an appeal electronically at <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

How long do I have to appeal?

You must file an appeal:

- Within 30 calendar days of the date of a decision or
- Before the date a decision goes into effect

If you file an appeal more than 30 but less than 90 calendar days from the date of a decision, you must tell us why your appeal is late. If you have a good reason for filing your appeal late, we will decide if you can get a hearing.

If you file an appeal 90 days after the date of a decision, we cannot give you a hearing.

Can I continue to get benefits when my appeal is pending?

You may keep your benefits until an appeal is final or through the end of your certification period if you file an appeal:

- Within 10 calendar days of the date of a decision or
- Before the date a decision goes into effect

Any benefits you get while your appeal is being decided may have to be paid back if the Department's action is correct.

How will I know if I get a hearing?

You will get a hearing notice that tells you the date and time a telephone hearing is scheduled. You will get a letter telling you if you do not get a hearing. This letter will tell you why you did not get a hearing. It will also explain what you can do if you disagree with the decision to not give you a hearing.

Can I have someone else help me in the hearing?

You or someone else, such as a friend or relative can tell why you disagree with the Department's decision. You may also have a lawyer help you, but the Department will not pay for one. Your county DHS office can give you information about legal services. The cost of legal services will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at 1-800-532-1275. If you live in Polk County, call 243-1193.

Policy Regarding Discrimination, Harassment, Affirmative Action and Equal Employment Opportunity

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to: Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; fax (515) 281-4243, or via e-mail stopit@dhs.state.ia.us



Instructions for Application for Child Development Home Registration (Instrucciones para Solicitud de Inscripción de Hogar de Desarrollo Infantil)

Los hogares de desarrollo infantil de Iowa están divididos en tres categorías. La categoría para la que califica estará determinada por su edad, experiencia en cuidado infantil y educación en cuidado infantil. Por favor determine para qué categoría desea hacer la solicitud, luego revise esa columna y marque las casillas que correspondan. **Para calificar para dicha categoría, todas las casillas de la columna deben estar marcadas.** Todos los hogares de desarrollo infantil deben estar localizados en una residencia unifamiliar que sea propiedad de o sea alquilada por al menos una de las personas cuyos nombres figuran en el certificado de inscripción del hogar de desarrollo infantil. Una residencia unifamiliar puede ser: un departamento, un condominio, una casa, u otra unidad individual incluida en una vivienda residencial con unidades múltiples, pero no puede ser un edificio comercial o industrial que sea utilizado principalmente con otros propósitos aparte de servir como vivienda.

Hogar de Desarrollo Infantil Categoría A	Hogar de Desarrollo Infantil Categoría B	Hogar de Desarrollo Infantil Categoría C
<input type="checkbox"/> 18 años de edad como mínimo	<input type="checkbox"/> 20 años de edad como mínimo	<input type="checkbox"/> 21 años de edad como mínimo
<input type="checkbox"/> * 3 cartas de referencia (no de parientes) *	<input type="checkbox"/> * Diploma de escuela secundaria o GED *	<input type="checkbox"/> * Diploma de escuela secundaria o GED *
	<input type="checkbox"/> * 2 años de experiencia como proveedor de hogar de cuidado infantil O CDA o diploma de 2 o 4 años en una disciplina relacionada con cuidado infantil y 1 año de experiencia como proveedor de hogar de cuidado infantil *	<input type="checkbox"/> * 5 años de experiencia como proveedor de hogar de cuidado infantil O CDA o diploma de 2 o 4 años en una disciplina relacionada con cuidado infantil y 4 años de experiencia como proveedor de hogar de cuidado infantil *
	<input type="checkbox"/> 35 pies cuadrados por niño en el interior del hogar	<input type="checkbox"/> 35 pies cuadrados por niño en el interior del hogar
	<input type="checkbox"/> 50 pies cuadrados por niño en el exterior	<input type="checkbox"/> 50 pies cuadrados por niño en el exterior
	<input type="checkbox"/> Un área tranquila para niños enfermos	<input type="checkbox"/> Un área tranquila para niños enfermos
<input type="checkbox"/> Extinguidor de fuego	<input type="checkbox"/> Extinguidor de fuego	<input type="checkbox"/> Extinguidor de fuego
<input type="checkbox"/> Detectores de humo en cada habitación ocupada por niños	<input type="checkbox"/> Detectores de humo en cada habitación ocupada por niños	<input type="checkbox"/> Detectores de humo en cada habitación ocupada por niños
	<input type="checkbox"/> Dos salidas directas en el piso donde se brinda el cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Dos salidas directas en el piso donde se brinda el cuidado infantil
		<input type="checkbox"/> un proveedor <input type="checkbox"/> dos proveedores Nota: Si hay dos proveedores <u>con diferentes calificaciones</u> , el proveedor de Categoría C debe estar presente en todo momento si el segundo proveedor únicamente cumple con los requisitos de la Categoría B.

* Debe adjuntar la siguiente documentación:

Diploma de escuela secundaria/GED:

- ◆ Una copia de su diploma de secundaria o GED o una carta de la escuela que verifique que usted recibió el diploma/GED.

Experiencia como proveedor de hogar de cuidado infantil (adjunte por lo menos una de las siguientes):

- ◆ Número de inscripción de proveedor de Hogar de Cuidado Infantil de Iowa _____.
- ◆ Declaraciones de impuestos en las que figure su empleo como proveedor de cuidado infantil.
- ◆ Póliza de seguros en la que figure su empleo como proveedor de cuidado infantil.

CDA ó título de 2 o 4 años:

- ◆ Copia del CDA o diploma universitario, o carta de la institución educativa que verifique que usted recibió el CDA/diploma.

Tres cartas de referencia:

- ◆ Que no sean de parientes. Las cartas deben dar fe de su carácter y habilidad para prestar atención infantil de buena calidad.

Para proveedores que operan un hogar de desarrollo infantil construido antes del año 1960:

Debe realizar una evaluación visual del hogar de desarrollo infantil y buscar peligros de intoxicación por plomo, la cual existe en forma de pintura descascarada y resquebrajada. Si identifica dichos peligros, realice controles provisorios de la pintura descascarada y resquebrajada, y utilice los métodos seguros para trabajar con plomo de acuerdo a y como lo describen las normas del artículo 641, Capítulos 69 y 70 del departamento de salud pública, a menos que un inspector acreditado, como se describe en el artículo 641, Capítulo 70, determine que la pintura no contiene plomo.

- ◆ Adjunte a su solicitud el formulario 470-4755 o 470-4755(S), *Lead Assessment and Control*, (*Plomo: Evaluación y Control*), completo y firmado, como comprobante de que se realizaron la evaluación visual y los controles provisorios. Complete la "Tabla de Control Provisional" ("Interim Control Table") e inclúyala como parte de los formularios 470-4755 o 470-4755(S).
- ◆ Debe hacer esto con todas las solicitudes iniciales presentadas el o después del 1 de diciembre de 2009.
- ◆ Los proveedores cuya inscripción sea válida al 1 de noviembre de 2009 deberán realizar evaluaciones y controles de los peligros de intoxicación por plomo y documentarlos en el formulario 470-4755 o 470-4755(S) antes del 30 de junio de 2010 y presentarlo junto con la siguiente solicitud de renovación.
- ◆ Adjunte un nuevo formulario 470-4755 o 470-4755(S) (e incluya una nueva "Tabla de Control Provisional") con cada una de las solicitudes (ya sea la solicitud inicial o cada una de las renovaciones.)
- ◆ Si un inspector acreditado ha determinado que la pintura no contiene plomo, adjunte el documento de verificación al formulario 470-4755 o 470-4755(S) completo y firmado (incluyendo la "Tabla de Control Provisional".)
- ◆ Encontrará un enlace a la publicación "Lead Poisoning, How to Protect Families" ("Envenenamiento por Plomo: Cómo Proteger a las Familias de Iowa") del Departamento de Salud Pública en:
http://www.idph.state.ia.us/eh/common/pdf/lead/protect_iowa_families.pdf y
http://www.idph.state.ia.us/eh/common/pdf/lead_poisoning_prevention/como_proteger_a_las_familias.pdf

Instrucciones detalladas para llenar el formulario de solicitud

1. En la parte superior del formulario de solicitud hay tres casillas diferentes.
 - ◆ Si esta es una nueva solicitud, ponga una X en la casilla “Nuevo” (new).
 - ◆ Si está renovando su solicitud, ponga una X en la casilla “Renovación” (renewal).
 - ◆ Si ha cambiado de dirección, o de nombre, o los miembros del grupo familiar han cambiado, o existió un cambio de categoría después de recibir el *Certificado de Inscripción* (Certificate of Registration), ponga una X en la casilla “cambio” (change).
2. Marque una categoría, la categoría para la cual esté solicitando la inscripción.
3. Escriba en letra de imprenta su nombre (y nombres que haya usado, si corresponde) y su dirección en las líneas indicadas. Su nombre y dirección aparecerán en el *Certificado de Inscripción* tal como los escribió en el formulario de solicitud.
4. Ingrese su fecha de nacimiento, los últimos cuatro dígitos de su número de seguridad social, número de teléfono con código de área, y el nombre de su condado en las líneas indicadas en el formulario de solicitud.
5. Agregue los nombres de todos los adultos y niños que vivan en el hogar, sus fechas de nacimiento y los últimos cuatro dígitos de sus números de seguridad social. Si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional y adjúntela a la solicitud.
6. Lea cuidadosamente las seis declaraciones de la página 1. Al firmar este formulario de solicitud usted acepta cumplir con todos los requisitos.
7. Para completar su solicitud, debe firmar en la línea indicada para su firma, y escribir la fecha de su solicitud. El *Certificado de Inscripción* será válido a partir del primer día del mes en que la oficina local de DHS reciba la solicitud. En el *Certificado de Inscripción* figura una fecha de vencimiento, 24 meses después de la fecha de entrada en vigor.
8. Conserve una copia de la solicitud como comprobante.
 - ◆ Envíe el original por correo a la oficina DHS de su condado.
 - ◆ No necesita enviar por correo las solicitudes presentadas electrónicamente a través de KinderTrack.
 - ◆ Las solicitudes deben ser devueltas a DHS y no a CCRR ya que ellos no procesan las solicitudes.

Department of Human Services examinará la solicitud que completó y revisará los registros penales y de abuso de menores. Si toda la información es aceptable, se le enviará por correo un *Certificate of Registration* (*Certificado de Inscripción*). La oficina local de DHS se ocupará de agregar su nombre al listado estatal de hogares de desarrollo infantil registrados, a menos que usted solicite por escrito que su hogar no figure en el listado. La oficina local mantiene un registro de hogares de desarrollo infantil registrados como un servicio a la comunidad.

Las inscripciones tienen una validez de dos años. Deberá solicitar la renovación de su inscripción. Un asistente de DHS le enviará un paquete de renovación antes de la fecha de vencimiento.



Application for Child Development Home Registration (Solicitud de Inscripción de Hogar de Desarrollo Infantil)

- Marque una: Nueva Renovación Cambio
 Solicito inscripción para (marque una): Hogar de Desarrollo Infantil Categoría A
 Hogar de Desarrollo Infantil Categoría B
 Hogar de Desarrollo Infantil Categoría C (1 proveedor-capacidad 8)
 Hogar de Desarrollo Infantil Categoría C (2 proveedores-capacidad 16)

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Apellido de soltera u otro nombre usado			Últimos cuatro dígitos del # de SS
Dirección Residencial (ciudad, estado, código postal)			Número telefónico ()
Dirección Postal, si es diferente a la residencial (ciudad, estado, código postal)			Condado
Nombre del establecimiento de cuidado infantil		Dirección y teléfono comercial, si es diferente al residencial	
Correo electrónico		Otros estados donde haya vivido	
Días y horarios del establecimiento de cuidado infantil		Idiomas que habla	¿Transportará niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del asistente/sustituto (indique si es sustituto o asistente, o ambos)			Fecha de nacimiento
Dirección		Teléfono	Otros estados donde haya vivido

A continuación agregue los nombres de otros adultos y niños que estén en el hogar donde realizará el cuidado infantil. Si necesita más espacio, por favor use una hoja de papel adicional y adjúntela a la solicitud.

Nombre completo en letra de imprenta	Otros estados donde hayan vivido	Fecha de nacimiento	¿Asisten a la escuela? S/N	Últimos cuatro dígitos del número de seguridad social	Relación con usted

1. Cumpliré con los requisitos mínimos para un hogar de desarrollo infantil que figuran en 441, Capítulo 110, del Código Administrativo de Iowa, de acuerdo a la sección 237A.4 del Código de Iowa.
2. Entiendo que Department of Human Services hará las inspecciones necesarias al establecimiento para determinar si cumplimos con dichos requisitos mínimos.
3. Certifico que toda la información dada es y será verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Además, es de mi conocimiento que si proporciono información falsa a Department of Human Services con respecto a la operación de mi hogar de desarrollo infantil, el *Certificado de Inscripción* podrá ser revocado y deberé reembolsar los pagos recibidos del estado.
4. Entiendo que, sujeto a las disposiciones de la sección 237A del Código de Iowa, el Registro Central de Abuso y el Departamento de Seguridad Pública verificarán a todos los miembros de mi grupo familiar cada vez que presente una nueva solicitud y es posible que vuelvan a verificar cuando solicite la renovación.
5. Informaré a Department of Human Services en un plazo de 10 días acerca de cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad para el registro de cuidado infantil.
6. Me comprometo a revelar todas las condenas penales y casos de abuso infantil fundado que yo o cualquiera de las personas que viven o trabajan en este hogar hayan recibido en este o en cualquier otro estado.

Firma del solicitante	Fecha
Firma de co-solicitante (para Hogar de Desarrollo Infantil Categoría C, si corresponde)	Fecha

Tiene Derecho a Apelar

¿Qué es una apelación?

Una **apelación** es solicitar una audiencia porque no le gusta la decisión de Department of Human Services (DHS). Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión. No es necesario pagar para presentar una apelación. [Código Administrativo de Iowa 441, Capítulo 7].

¿Cómo debo apelar?

Presentar una apelación es sencillo. Debe apelar por escrito de una de las siguientes formas:

- Complete el formulario de apelación electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta explicándonos por qué cree que la decisión es incorrecta, o
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia (“Appeal and Request for Hearing”). Puede obtener este formulario en la oficina DHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación a Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar la apelación, solicítela en la oficina DHS de su condado.

¿Cuánto tiempo tengo para apelar?

Debe presentar la apelación:

- En un plazo de 30 días corridos a partir de la fecha de la resolución, o
- Antes de la fecha en que la resolución entre en vigor.

Si presenta una apelación con posterioridad a 30 días y antes de transcurridos 90 días contados a partir de la fecha de la resolución, deberá explicar por qué presenta la apelación tardíamente. Si existe una buena razón para presentar su apelación con retraso, nosotros decidiremos si tiene derecho a una audiencia.

Si presenta la apelación 90 días después de la fecha de la resolución, no le podremos conceder una audiencia.

¿Puedo continuar recibiendo los beneficios mientras mi apelación esté pendiente?

Puede conservar sus beneficios hasta que la apelación finalice o hasta el final de su período de certificación si presenta la apelación:

- En un plazo de 10 días corridos a partir de la fecha de la resolución, o
- Antes de la fecha en que la resolución entre en vigor.

Es posible que deba reembolsar todos los beneficios que obtenga durante el procedimiento de apelación si se determinara que la acción del Departamento fue correcta.

¿Cómo sabré si se me concedió la audiencia?

Recibirá una notificación de audiencia informándole acerca de la fecha y la hora programadas para la audiencia telefónica. Si no se le concedió la audiencia, recibirá una carta informándoselo. Dicha carta le explicará por qué no obtuvo la audiencia. También le explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de no concederle la audiencia.

¿Puedo tener ayuda durante la audiencia?

Usted o alguien más, como un amigo o un pariente, podrán explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Departamento. También podrá tener ayuda de un abogado, pero el Departamento no pagará los servicios de dicho abogado. La oficina DHS de su condado puede darle información sobre servicios legales. El costo de los servicios legales se basará en sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al teléfono 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 Oportunidad Laboral

Es política del Iowa Department of Human Services ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y ofrecimiento de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, nacionalidad, sexo, orientación de sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si cree que DHS le ha discriminado o acosado, le agradeceremos que envíe una carta explicando detalladamente su queja a:

Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines, IA 50319-0114; fax (515) 281-4243, o a través de correo electrónico a stopit@dhs.state.ia.us

Application for Child Development Home Registration, 470-3384 and 470-3384(S)

Purpose	The applicant-provider completes the <i>Application for Child Development Home Registration</i> to certify compliance with the minimum requirements.
Source	The English version of this form may be completed on line through the KinderTrack system. Supplies of the English and Spanish form can also be printed from the sample in the manual.
Completion	The applicant-provider completes the application when: <ul style="list-style-type: none">◆ Applying for a <i>Certificate of Registration</i> for the first time.◆ Applying for a renewal. The provider may also use the application form to report any change of circumstances that may affect the registration.
Distribution	The applicant-provider makes a copy of the completed application and sends the original to the local office for processing. Providers who complete the application through KinderTrack may submit the application electronically and print a copy for their records.
Data	After reading all the instructions and the minimum requirements, the applicant provider must: <ul style="list-style-type: none">◆ Mark the applicable box with an X to indicate a new application, or a renewal, or a change.◆ Mark the applicable box with an X to indicate what category of registration the person is applying for.◆ Enter all applicable information on the form.◆ Sign the application and date it. Signature on this application form indicates agreement to comply with all requirements.



Iowa Department of Human Services
Record Check Authorization

I hereby authorize the Department of Human Services to conduct any or all of the following pursuant to Iowa Code 237A.5:

- ◆ A check of the Iowa sex offender registry and the sex offender registries of other states.
- ◆ A check of the Iowa child abuse registry and child abuse registries of other states.
- ◆ A check of the Iowa dependent adult abuse registry and dependent adult abuse registries of other states.
- ◆ An Iowa criminal history record check with the Division of Criminal Investigation and criminal history databases of other states. (Any information maintained by the Iowa DCI will be released as allowed by law, including deferred judgments and records of arrest, without a disposition, greater than 18 months old.)
- ◆ A check of Iowa public or civil offense records or those of other states.

Signature	Date
-----------	------

Information Required for Registry and Record Check

Please type or print legibly.

Last Name	First Name	Middle Name	Maiden Name (if applicable)
Alias (if applicable)		Alias (if applicable)	
Alias (if applicable)		Alias (if applicable)	
Date of Birth	Gender	Social Security Number (###-##-####)	
Address 1		Address 2	
City		State	Zip Code



Iowa Department of Human Services

Record Check Authorization (Autorización para averiguación de antecedentes)

Por este medio autorizo a *Department of Human Services* a realizar las siguientes averiguaciones conforme al artículo 237A.5 del Código de Iowa:

- ◆ Averiguación de antecedentes en el registro de agresores sexuales de Iowa y en los registros de agresores sexuales de otros estados.
- ◆ Averiguación de antecedentes en el registro de abuso de menores de Iowa y en los registros de abuso de menores de otros estados.
- ◆ Averiguación de antecedentes en el registro de abuso de adultos dependientes de Iowa y en los registros de abuso de adultos dependientes de otros estados.
- ◆ Averiguación de antecedentes penales en la División de Investigaciones Penales (*Division of Criminal Investigations, DCI*) de Iowa y en las bases de datos penales de otros estados. (Toda la información que DCI de Iowa posea en sus archivos será divulgada según las disposiciones de las leyes vigentes, incluso fallos diferidos y antecedentes de arresto, sin dictámenes, a mayores de 18 años de edad.)
- ◆ Averiguación de antecedentes por delitos públicos o civiles en Iowa o en otros estados.

Firma	Fecha
-------	-------

Information Required for Registry and Record Check (Datos necesarios para averiguación de antecedentes)

Por favor, imprima o escriba en imprentas legibles.

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido de soltera (si corresponde)
Alias (si corresponde)		Alias (si corresponde)	
Alias (si corresponde)		Alias (si corresponde)	
Fecha de nacimiento	Género	Número de Social Security (###-##-####)	
Dirección 1		Dirección 2	
Ciudad	Estado	Código Postal	

Record Check Authorization, Form 470-5143 and 470-5143(S)

Purpose	<p><i>Record Check Authorization</i>, form 470-5143 and its Spanish translation, form 470-5143(S), are used to authorize the Department of Human Services to conduct any or all of the following pursuant to Iowa Code section 237A.5:</p> <ul style="list-style-type: none">◆ A check of the Iowa sex offender registry and the sex offender registries of other states.◆ A check of the Iowa child abuse registry and child abuse registries of other states.◆ An Iowa criminal history record check with the Division of Criminal Investigation and criminal history databases of other states.◆ A check of Iowa public or civil offense records or those of other states.
Source	<p>Complete the English version of this form on line using the template in the public state-approved folder on Outlook.</p> <p>Supplies of the English and Spanish form can also be printed from the sample in the manual.</p>
Completion	<p>Complete and submit a separate form for each person subject to a record check in a child care facility.</p> <p>The Centralized Child Care Assistance Unit (CCAU) sends form 470-5143 or 470-5143(S) to all providers and household members subject to a record check.</p> <p>The form is signed and returned to CCAU staff. CCAU staff conduct the record check search.</p>

Distribution

Licensed child care centers attach the results to completed form 470-5143 or 470-5143(S) and return to:

Child Care Center Licensing Staff (Marsha McBee)
Department of Human Services
Hoover State Office Building
1305 E Walnut St
Des Moines, IA 50319-0114

Child care regulatory field staff distribute form 470-5143 or 470-5143(S) to providers when necessary.

Keep form 470-5143 or 470-5143(S) in the provider file.

Data

The form contains a waiver authorizing the record search from the person subject to the record check. The Department of Criminal Investigation indicates the results of the check and attaches the record if one is found.

Record Check Evaluation

Date: _____

To:

HEALTH CARE FACILITIES AND HCB WAIVER PROGRAMS:
 Complete Part A. Fill in your agency name, address, and hiring person in Part B. Have the person being evaluated complete Part C and Part D of the form and return it to you. Then address and mail it to:
 Department of Human Services
 Central Abuse Registry
 PO Box 4826
 Des Moines, Iowa 50305

Name of person being evaluated: _____

A. A background check has revealed:

- A founded child abuse report placed on the Child Abuse Registry.
- A founded dependent adult abuse report.
- A criminal conviction.
- Other, specify: _____

B. Please complete Page 2 of this form to enable the Department to further assess the report and return the form to:

DHS or Agency Office	Attention	Phone	
Street	City	State	Zip Code

C. RESPONSE (completed by person requesting evaluation):

- I do not wish to have the report assessed further because:
 - I am withdrawing my application.
 - I will not be involved in any of the situations listed below.
- I wish to have the report evaluated to determine if:
 - I can be approved as an adoptive parent.
 - I can be licensed or registered for child day care.
 - The family with whom I live can be a registered home or a licensed center for child day care.
 - I can be licensed for foster care.
 - The family with whom I live can be licensed for foster care.
 - I can work or volunteer in a foster care facility, a child care center, or a public institution under DHS.
 - I can work in a licensed health care facility.
 - I can work in an HCB waiver program.

D. Description of the Incident (completed by person requesting evaluation):

1.	Describe type of crime, child or dependent adult abuse or transgression in which you were involved.
a.	Date:
b.	Location:
c.	Circumstances:
d.	Others involved, including the victim:
e.	Age of the victim:
2.	Describe your efforts to change your behavior or correct the situation. Include restitution, time in jail, parenting classes, counseling, therapy, or other things that you have done. (You may attach supporting documents.)
3.	Explain why you think your application should be approved in spite of the abuse or crime described above.
4.	If the Department has ever previously evaluated your record, give the date, place, position sought, and results.

I realize that this information may be verified with local law enforcement agencies, the district court, or other persons having knowledge of the incident.

Name (<i>signature</i>)	Telephone	Date	
Street	City	State	Zip Code

Record Check Evaluation (Evaluación de Cheque del Registro)

Fecha:

A:

**HEALTH CARE FACILITIES AND
HCB WAIVER PROGRAMS:**

Complete Part A. Fill in your agency name, address, and hiring person in Part B. Have the person being evaluated complete Part C and Part D of the form and return it to you. Then address and mail it to:

Department of Human Services
Central Abuse Registry
PO Box 4826
Des Moines, Iowa 50305

Nombre de la persona que se evalúa:

A. Una verification de base ha revelado:

- Un reporte de abuso de niño fundado puesto en el Registro de Abuso de Niño.
- Un reporter de abuso de adulto dependiente fundado.
- Una prueba de culpabilidad delictiva.
- Otros, especificar: _____

B. Por favor complete Página 2 de esta forma para habilitar que el Departament termine de evaluar el informe y devuelva la forma a:

DHS o Oficina de Agencia	Attention	Teléfono	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal

C. CONTESTACIÓN (completado por cada persona que pide evaluación):

- Yo no deseo tener el reporte evaluado más porque:
 - Yo estoy retirando mi aplicación.
 - Yo no estare envuelto en cualquiera de las situaciones listo abajo.
- Yo deseo tener el reporte evaluado para determinar si:
 - Yo puedo ser aprobado como un padre adoptivo.
 - Yo puedo ser autorizado o registrado para el cuidado de niño.
 - La familia con quien yo vivo puede ser una casa registrada o un centro autorizado del cuidado de niño.
 - Yo puedo ser autorizado para “foster care.”
 - La familia con quien yo vivo puede ser licenciada para “foster care.”
 - Yo puedo trabajar o ser voluntario en una facilidad del cuidado de crianza, un centro de cuidado de niño, o una institución pública bajo DHS.
 - Yo puedo trabajar en una facilidad de cuidado de salud autorizado.
 - Yo puedo trabajar en un programa HCB Waiver.

D. La descripción del incidente (completada por la persona pidiendo la evaluación):

1.	Describa el tipo de crimen o abuso o transgresión de niño o adulto dependiente en el cual usted estuvo involucrado.
a.	Fecha:
b.	Ubicación:
c.	Circunstancias:
d.	Otros involucrados, incluyendo la víctima:
e.	Edad de la víctima:
2.	Describa sus esfuerzos para cambiar su comportamiento o corregir la situación. Incluya restitución, tiempo en cárcel, clases para padres, consejero, terapia, o otras cosas que usted ha hecho. (Usted puede adjuntar documentos justificativos.)
3.	Explica por qué usted piensa que su aplicación debe aprobarse a pesar del abuso o el crimen descrito más arriba.
4.	Si el departamento ha evaluado previamente su registro, de la fecha, lugar, la posición solicitada, y resultados.

Yo comprendo que esta información puede verificarse con las agencias de ejecución de la ley, la corte distrita, o otras personas que tienen conocimiento de la casualidad.

Nombre (<i>firma</i>)	Teléfono	Fecha	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal