

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO INDIVIDUAL DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE CUIDADO INFANTIL DIURNO

TITULO DE CAPACITACIÓN	ORGANIZACIÓN PATROCINADORA (CCR&R, RED CROSS, SUNY, ETC.)	TIPO DE CAPACITACIÓN (VIDEO, SALA DE CLASE, UNIVERSIDAD, TELECONFERENCIA, ETC.)	FECHA DE CAPACITANCE	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	Mantenimiento de Registros de Negocios y Administración	Identificación y Prevención de Abuso Infantil y Maltrato	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, Diagnóstico y Prevención del Síndrome del Bebé Sacudido	Experiencias Adversas en la Niñez, Enfocándose en el Trauma y en Nutrir Resiliencia
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
			/ /	0.00										
TOTAL PARA LA PÁGINA 2:				0.00										
GRAN TOTAL:				0.00										

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

Firma del Proveedor(a): _____ Función: _____ Fecha: / /

Una copia de este formulario y documentación válida de las horas de capacitación deben mantenerse en el archivo personal del empleado(a) y deben estar disponibles para ser revisados por OCFS cuando lo solicite. Este formulario (cuando esté firmado y fechado) puede ser utilizado para transferir horas de capacitación entre los programas de cuidado diurno.