

मैरीलैंड राज्य शिक्षा विभाग (MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION)

बाल देखभाल कार्यालय (Office of Child Care)

बदली के व्यक्ति का फॉर्म
(प्रदाता या अतिरिक्त वयस्क के लिए)

बदलीके व्यक्ति कानाम: _____

(नाम, पिता/पति का नाम, विवाहपूर्व का नाम और कुलनाम)

पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

फोन #: _____ सोशल सिक्योरिटी #: _____ जन्म तिथि: _____

प्रदाता सेसंबंध (यानी कि जीवनसाथी, माता पिता, बच्चा, भाई-बहन आदि): _____

मैंने प्रदाता के लिए बदली का व्यक्ति प्रदाता के अतिरिक्त वयस्क के रूप में सेवा प्रदान करने को सहमति दी है:

प्रदाता का नाम: _____

प्रदाता का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

	हाँ	नहीं
मुझे बदली के व्यक्ति के रूप में काम करने के लिए भुगतान किया जाएगा। यदि हाँ, तो मुझे फेडरल और स्टेट क्रिमिनल बैकग्राउंड जाँच के लिए आवेदन करना होगा।		
मैं कम से कम 18 वर्ष का/की हूँ और शारीरिक और मानसिक रूप से बच्चों के लिए देखभाल प्रदान करने के लिए सक्षम हूँ।		
मैंने फैमिली चाइल्ड केयर विनियम पढ़े हैं और मैं उनका अनुसरण करने को सहमत हूँ। (विनियम वेबसाइट है: http://earlychildhood.marylandpublicschools.org/system/files/filedepot/12/subtitle_15_homes_comar_online.pdf)		
मैं प्रदाता के पते पर चाइल्ड केयर के घंटों के दौरान बदली में काम करने को तैयार होने को सहमत होता/होती हूँ।		

मैं समझता/समझती हूँ कि किसी बदली के व्यक्ति को किसी भी 12 महीनों की अवधि में 20 दिनों से अधिक के लिए बदली के व्यक्ति के रूप में उपयोग नहीं किया जा सकता है। दिन की गिनती तभी हो सकती है, जब बदली का व्यक्ति 2 घंटों से अधिक समय देखभाल प्रदान करता है। 12 महीनों की अवधि में 20 से अधिक बदली के व्यक्ति के दिनों के उपयोग की ऑफिस ऑफ चाइल्ड केयर (OCC) को अग्रिम स्वीकृति देना अनिवार्य है।

मैं समझता/समझती हूँ कि OCC मेरी एक बाल एवं वयस्क दुर्व्यवहार और लापरवाही जाँच करेगा, जिसमें एक नोटरी किया हुआ जानकारी प्रकटन फॉर्म शामिल है। मैं समझता/समझती हूँ कि जब तक OCC मेरी स्वीकृति के लिए आवश्यक क्लियरेंस पूरे न करे तब तक बदली के व्यक्ति के रूप में मेरा उपयोग नहीं किया जा सकता है।

मैं समझता/समझती हूँ कि प्रदाता मुझे देखभाल किये जा रहे बच्चों के आरोग्य और सुरक्षा अथवा कल्याण से संबंधित मामलों के बारे में सूचित करेगा।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस फॉर्म

बदली के व्यक्ति के हस्ताक्षर: _____

तिथि: _____

प्रदाता के हस्ताक्षर: _____

तिथि: _____