

托儿服务提供者登记表说明



父母：请立即将此表提交给您的托儿服务提供者填写

提供者：帮助填妥该表，联系您当地的儿童照护资源和转介办事处

处。如果您要找附近的办事处，请致电：儿童照护资源和转介集中协调，电话：1-800-342-6712

(免费电话)

须取得许可和免许可状态

» 如果您现已取得俄勒冈州教育局早教部托儿办公室 (OCC) 的许可，请转到第 4 页查看说明。

» 如果您未向 OCC 取得许可，且：

- 您和被照护的儿童无亲属关系。
 - 您提供的可能是免许可的非亲属照护。请转到说明的第 2 页。
- 您是被照护儿童的祖父母/外祖父母、曾祖父母/曾外祖父母，叔伯舅阿姨（不包括祖姑母、祖姑父、祖叔伯、祖姨母、祖姨父、祖舅父、祖舅母），或您是被照护儿童的堂/表兄弟姐妹，但不住在该儿童家中。亲属关系必须通过血缘、收养或婚姻来建立。这还包括在儿童被收养之前建立的血缘关系。即使配偶去世，通过婚姻建立的关系仍继续存在。
 - 您提供的可能是免许可亲属照护。请转到说明的第 3 页。

您是否须取得托儿办公室的许可？

根据法律规定，托儿服务提供者必须获得 OCC 的许可，除非获豁免取得许可（免许可）。

如何确定您是处于须取得许可还是免许可状态。

请选择以下所有适用于您的陈述。

如果您在家中提供照护，则在以下情况下可免于许可：

- 您在儿童家中提供照护，但不与其住在一起。
- 您照护的所有儿童（不包括您自己的孩子）都来自同一个家庭。
- 您在任何时候照护的儿童人数均为三名或更少（不包括您自己的孩子）。
- 您与被照护的儿童有血缘、姻属或收养关系。

如果您在托儿机构提供照护，则在以下情况下可免于许可：

- 您在一年中照护儿童的时间不超过 70 天。
- 该计划由学区、州政治分区或政府机构负责。
- 您正在运营学前登记计划。

如果您符合上述豁免条件之一，OCC 可能不会要求您的家庭或托儿机构取得许可。要确定您是否需要获得许可，请拨打 503-947-1400 或 1-800-556-6616 致电 OCC。

DHS 使用此信息来帮助确定 OCC 是否需要您取得许可。这仅仅是提供信息的工具。

免许可非亲属照护说明

培训

如果 OCC 不要求您持有许可且您与被照护的儿童无亲属关系，则您在提交填妥的托儿服务提供者登记表前必须完成以下项目：

- 儿童保健与安全培训(简介)
 - 在线培训：www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx
- 认识并举报儿童受虐待与疏忽照顾的培训
 - 面授培训：请致电 1-800-342-6712，联系您当地的儿童照护资源和转介（CCR&R）机构或
 - 在线培训：www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx

- 儿科 CPR/急救培训

有关培训地点，请致电 1-800-342-6712 联系您当地的儿童照护资源和转介（CCR&R）机构。如果您无法在提交此表格之前参加儿科 CPR /急救课程，您可能有资格获得短期豁免。有关豁免程序的更多信息，请联系您当地的 CCR&R。有关 CCR&R 办事处的列表，请访问 www.oregonccrr.com、致电 1-800-342-6712 或拨打 211 Info 单纯的线上 CPR 培训不予接受。

如果您之前从当地 CCR&R 之外的其他机构接受了此培训，请将“儿科 CPR /急救卡”的复印件随附在此表上。

注：负责被照护儿童的主管人员和职员以及可在无人监督的情况下与该儿童接触的志愿者也需要参加上述职前培训。

水检验要求

自 2018 年 9 月 30 日起，与所有被照护的儿童无亲属关系的免许可托儿服务提供者必须在提交其托儿服务提供者登记表之前，检验其饮水或制备膳食所用任何管道装置中供水的铅含量。您必须在登记表中提交水样结果的副本。

请注意：如果您在儿童家中提供照护，而您住在其他地方，则无需进行铅含量测试。

OCC 将报销您检验铅的费用。有关如何进行水检验的报销表格和信息，请访问 <https://www.oregon.gov/DHS/ASSISTANCE/CHILD-CARE/Pages/Providers.aspx>

有关防止铅暴露的信息，请拨打 503-947-5908 联系 OCC 或访问其网站 <https://oregonearlylearning.com/lead-poisoning-prevention/>

完成上述培训和铅含量测试后：

- 请使用黑色或蓝色墨水笔填写并签署随附的托儿服务提供者登记表。
- 请在“仅限 DHS 分办事处使用”部分发布之日起 30 天内邮寄此表。邮寄至直接付款小组（P.O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850）或传真至 503-378-5953。
- 如有疑问，请通过以下方式联系直接付款小组（DPU）：1-800-699-9074（免费电话）或 503-378-5500（塞勒姆地区）。
- OCC 在批准您成为托儿服务提供者之前必须进行家庭/机构查访。这还包括在儿童家中提供的照护。在 DHS 审核您的提供者登记表并验证您已完成培训后，OCC 工作人员将与您联系，安排对托儿服务场所的查访事宜。OCC 工作人员将进行检查，以确保家庭/机构符合早教部和 DHS 要求的所有健康与安全要求。他们会与您讨论您的疑虑或问题，并与您分享资源或培训材料。

- 在此次查访前，您可以查阅 OCC 的健康与安全核对表。该核对表可于 <https://www.oregon.gov/DHS/ASSISTANCE/CHILD-CARE/Documents/Regulated-Subsidy-Checklist-RS-404.pdf> 找到。

另请参阅以下“亲属和非亲属免许可提供者的其他信息”一节。

免许可亲属照护说明

注：亲属指被照护儿童的祖父母／外祖父母、曾祖父母／曾外祖父母，叔伯舅阿姨（不包括祖姑母、姑姑父、祖叔伯、祖姨母、祖姨父、祖舅父、祖舅母），或不住在该儿童家中的堂／表兄弟姊妹。

培训

如果您无须向 OCC 取得许可且您与被照护的儿童有亲属关系，则您在提交填妥的托儿服务提供者登记表之前必须完成以下项目：

- **儿童照护健康与安全 培训简介**（在线提供）
更多信息，请访问 www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx。

完成上述培训后：

- 请使用黑色或蓝色墨水笔填写并签署随附的托儿服务提供者登记表。
- 请在“仅限 DHS 分办事处使用”部分发布之日起 30 天内邮寄此表。邮寄至直接付款小组（P.O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850）或传真至 503-378-5953。
- 如有问题，请致电 1-800-699-9074（免费电话）或 503-378-5500（塞勒姆地区）联系 DPU。

对亲属及非亲属免许可提供者均适用的其他信息

背景调查

DHS 将对免许可托儿服务提供者进行 FBI 指纹背景调查。

- DPU 会将填妥的登记表提交给背景调查单位（BCU）进行背景调查。您将收到一封函件，指明谁需要提交指纹。请仔细阅读这封函件，当中包含如何获得所需指纹的具体说明。
 - 提供者、年满 16 岁或以上的任何家庭成员以及可能在无人监督的情况下接触到儿童的任何访客，都需要进行刑事和儿童保护服务记录核查。访客是指在提供托儿服务期间可能待在提供者家中但不住在家中的人。当提供者需要前往家中的另一个区域（浴室、卧室、厨房）时，访客可能有机会在无人监督的情况下与被照护儿童接触。
 - 在免许可机构中，站点负责人和该机构所有有机会接触到被照护儿童的工作人员，都必须接受刑事和儿童保护服务记录核查。这包括可能有机会在无人监督的情况下接触到被照护儿童的雇员、替代照护者、职员和志愿者。

在本州居住不满五年者，须接受额外的跨州儿童福利、性犯罪者和刑事核查。

对 OCC 许可托儿服务提供者的说明（注册家庭、认证家庭、认证中心）

取得 OCC 许可的提供者必须：

- 符合 DHS 的提供者要求和健康与安全标准。
- 请使用黑色或蓝色墨水笔填写并签署随附的托儿服务提供者登记表。
- 请在“仅限 DHS 分办事处使用”部分发布之日起 30 天内邮寄此表。邮寄至直接付款小组（P.O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850）或传真至 503-378-5953。
 - **提供照护的各站点都必须提供托儿服务提供者登记表。** DHS 将需要列出并批准获得托儿服务津贴支付的各站点。

如有问题，请致电 1-800-699-9074（免费电话）或 503-378-5500（塞勒姆地区）联系 DPU。一旦登记表获得批准且家庭有资格获得托儿福利，DHS 将开始支付托儿服务。

所有托儿服务提供者须知

注意

公众服务部（DHS）将帮助接受托儿援助的家庭支付托儿服务费。如果 DHS 在儿童开始接受照护之前未批准其提供者登记表，则家庭可能须就某些照护项目作出支付，包括服务的第一个月。

公众服务部（DHS）将帮助接受援助的家庭支付托儿服务费。

提供者必须满足所有 DHS 标准和提供者要求，方有资格获得 DHS 的支付。有关详尽标准和要求，请参阅 DHS 托儿服务提供者指南(DHS 7492) 或访问 www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/pages/index.aspx。

- 这不是账单表。如果 DHS 批准您作为托儿服务提供者收取付款且父母有资格享受托儿援助，您将收到邮递的账单表。
- 家庭可能还须就部分照护作出自付，包括第一个月的照护。
- 如果儿童有多名提供者，则每名提供者将按每个月的工时比例授权支付。
- 有关托儿服务的更多信息，请访问 DHS 托儿信息网站：www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/pages/index.aspx。

重要联系信息

- **直接付款小组（DPU）：** P.O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850, 1-800-699-9074（免费电话）或 503-378-5500（塞勒姆地区）
- **儿童照护资源和转介集中协调：** 1-800-342-6712（免费电话）。他们可以帮助您填写该表。
- **211info：** 拨打 211 或发送关键词“children”至 898211 或发送电子邮件至 children@211.org
- **SEIU — 免许可提供者联盟：** 1-800-452-2146
- **AFSCME — OCC 许可提供者联盟：** 1-800-521-5954

报告变更

所有托儿服务提供者都必须在五天内通过拨打 1-800-699-9074 或 503-378-5500 或通过发送电子邮件至 DPU.ProviderReporting@dhsosha.state.or.us，向直接付款小组报告以下更改：

- 提供者姓名 / 名称、电话号码或地址的任何更改，包括提供照护的任何地点
- 家中或机构内的任何新人（年满 16 岁），包括在照护期间到访家中或机构，并且可在无人监督情况下接触到被照护儿童的访客
- 以下任何人士遭到任何新的逮捕、起诉、定罪或与儿童保护服务部（儿童福利）**或**任何其他提供儿童或成人保护服务的机构之间有牵连：
 - 您本人
 - 任何与您同住的年满 16 岁的人
 - 访客
 - 在提供者离开时监督儿童的所有人员
 - 免许可托儿机构的站点负责人，以及所有可接触到被照护儿童的该机构工作人员，包括雇员、替代照护者、职员和志愿者；以及
 - 需要填写在登记表上的任何其他人士。
- 我现已获得 OCC 许可，或已变更我的 OCC 许可类型
- 我不再获得 OCC 许可
- 我不再符合 DHS 提供者的要求，包括健康与安全要求
- 我目前是 DHS 长者和残疾人计划的家庭护工或任何智力和发育障碍（IDD）或俄勒冈州卫生局（OHA）行为健康服务计划的个人支持工作者
- 如果我是一名家庭护工或个人支持工作者，一旦我提供的照护类型发生任何变更或者我所照护的客户数目增加，我将通知 DPU。

未能报告变动可能导致被取消或暂停托儿服务提供者资格，且您将无法获得托儿服务支付。

常见问题和详尽标准与要求

请参阅 DHS 托儿服务提供者指南（DHS 7492）或访问：www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/pages/index.aspx。

在哪里提交填好的表格

通过邮寄：Direct Pay Unit, P.O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850

通过传真：503-378-5953

有疑问？请致电 1-800-699-9074（免费电话）或 503-378-5500（塞勒姆（Salem）地区）

托儿服务提供者登记表

所有托儿服务提供者都必须填写此表。



仅限 DHS 分办事处使用

案件名称:	案件编号:	计划:	分办事处:	账单: <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> JCCB	发布日期:
照护开始日期:	是否将是主要提供者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		该提供者提供的照护比例: 第一个月: 第二个月:		
如为 ERDC, 共付月份:	共付额: 第一个月: 第二个月:				
是否已换用另一名提供者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 是否已不再使用 这名 提供者的服务:			照护结束日期 (月/日/年):	

DPU	DPU 工作人员:	提供者编号:	备注:
------------	-----------	--------	-----

托儿服务提供者部分 — 请使用蓝色或黑色墨水笔填写

1. 在 IRS 记录上显示的姓名/名称:	2. SSN 或 IRS 号码:	3. 电子邮件:
4. 支票上将打印的姓名/名称:	5. 您提供托儿服务的地址* 城市: 州: 邮编:	
6. 电话号码: () -	7. 您的住址: 城市: 州: 邮编:	
8. 您的偏好语言?	9. 邮寄地址 (若不同): 城市: 州: 邮编:	

* 注: 如果您在多个地址提供托儿服务, 请附上另一张信纸大小的单页, 当中列明其他地址。

10. 如果您当前取得托儿办公室 (OCC) 的许可, 请勾选此方框。

在此写下您的 OCC 许可编号: _____

11. 如果您是获 OCC 豁免许可的托儿机构, 请勾选此方框。

12. 您是否曾在其他州担任托儿服务提供者? **如果是**, 请列出城市和州:

13. 族群: 西班牙裔/拉丁裔 非西班牙裔/拉丁裔
种族背景: 亚裔 白人 黑人或非裔美国人
 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 夏威夷/太平洋岛民

您可以选择不透露上述族群和种族背景信息。您的提供者状态不会受到影响。

14. 获提供照护的家庭是否已通过寄养照护认证？（这适用于您在自己家庭提供照护的情况。） 是 否

如果是，请附上 DHS 寄养证明者批准您在该家中进行托儿服务的信函，否则您的登记将不予通过。

15. 您是否在儿童居住的家中提供（或将提供）托儿服务？ 是 否

16. a) 您是否通过任何长者和残疾人计划（APD）工作或获批准成为家庭护工（HCW）？ 是 否

b) 如果是，请在此处写下您的提供者编号，即使您目前没有客户：_____

c) 您目前是否在为 APD 计划下的客户提供服务？ 是 否

d) 您是否通过任何 DHS 智力和发育障碍（I/DD）计划工作或获批准成为个人支持工作者（PSW）？ 是 否

e) 如果是，请在此处写下您的提供者编号，即使您目前没有客户：_____

f) 您目前是否在为 I/DD 计划下的客户提供服务？ 是 否

如果您是家庭护工或个人支持工作者或二者皆是，且您目前正在为客户提供服务，请附上一张信纸大小的单张，当中列明您所提供（或将提供）的每种照护工作时间表（天/时间），以及托儿服务时间表。未附上时间表的登记表是不完整，将予以退回。您可能须提供额外信息，以确定托儿服务提供者的资格。

注：一旦您提供的照护类型发生任何变更或者您所照护的客户数目增加，请通知 DPU。

17. 列出您将要照护的 DHS 家庭中的儿童。（如有必要，请附上附页。）

儿童的姓名（名字和姓氏）	出生日期	如果您是照护儿童的亲属*，请勾选正确的方框：
		<input type="checkbox"/> 祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/> 曾祖父母/外外祖父母 <input type="checkbox"/> 堂/表兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 叔/伯/舅/姑/姨（不包括曾辈） <input type="checkbox"/> 无亲属关系
		<input type="checkbox"/> 祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/> 曾祖父母/外外祖父母 <input type="checkbox"/> 堂/表兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 叔/伯/舅/姑/姨（不包括曾辈） <input type="checkbox"/> 无亲属关系
		<input type="checkbox"/> 祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/> 曾祖父母/外外祖父母 <input type="checkbox"/> 堂/表兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 叔/伯/舅/姑/姨（不包括曾辈） <input type="checkbox"/> 无亲属关系

*亲属关系必须通过血缘、收养或婚姻来建立。这包括生物学上的亲属。即使配偶去世，通过婚姻建立的关系仍继续存在。


请回答下列问题：

18. 我是被照护儿童的父母、继父母或法定监护人。 是 否


19. 我与该儿童处于贫困家庭临时补助（TANF）计划或就业相关日托（ERDC）计划下的同一个案中。 是 否

20. 我是被照护儿童的堂/表兄弟姊妹，且与其住在同一个家庭中。 是 否


21. 我持有医用大麻卡，或分销、种植或使用大麻（包括医用大麻）或任何受管制物质 是 否
（合法的处方药和非处方药除外）。

 如果您对上述任何问题的回答为“是”，则您没有资格被列为 DHS 托儿服务提供者。请勿继续。

22. 基本提供者要求 所有托儿服务提供者（包括获得 OCC 许可的提供者）均须回答本部分的内容。	您是否符合要求？
A. 若法律要求，我将取得托儿办公室（OCC）的许可。 请参见说明部分的第 1 页了解更多信息。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B. 我已年满 18 岁，我理解我要对本表格的准确性承担法律责任，以及须退还错误做出的付款。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C. 我是提供托儿服务的实际提供者或机构。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
D. 在与儿童相处时，我能够胜任工作并拥有良好的判断和自控能力。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
E. 我在心理、生理以及情感上能够完成有关托儿的职责。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
F. 我将保存账单记录和日常出勤记录，其中记录了每个被照护儿童的托儿活动开始和结束的时间（不少于 12 个月）。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
G. 如有要求，我允许 DHS 审查账单和出勤记录。我理解，若未将出勤记录提交核实，我可能会产生超额付款。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
H. 我将同等地对待 DHS 家庭和接受照护的其他家庭，包括向 DHS 家庭收取等同于（或者少于）我一般向非 DHS 家庭收取的费用。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
I. 我同意设立或制定取消及暂停儿童接受托儿服务的政策，并将其告知家长 / 照护者。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
J. 我同意在获得 DHS 批准后的 90 天内完成 DHS 托儿培训课程（若我不需要获得 OCC 许可、是新提供者或者休息一年或以上之后重新登记）。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
K. 我允许 DHS 在托儿时间段视察或访问照护地点。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
L. 如有要求，我将提供我满足 DHS 要求的证明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

 如果您对上述任何问题的回答是“否”，则您没有资格登记作为 DHS 托儿服务提供者。请勿继续。

<p>23. 家庭 / 机构要求 所有托儿服务提供者（包括获得 OCC 许可的提供者）均须回答本部分的内容。 若 OCC 不要求您取得许可（豁免取得许可），满足下列要求可会对您有所帮助：请联系直接付款小组（DPU）获取更多信息。您可在 http://triwou.org/projects/ccccrr/professionals 打印安全与质量报销表格。</p>	<p>您的家庭 / 机构是否满足要求？</p>
<p>A. 儿童所在的每一层楼是否都有两扇可用的户外出口？（这包括可用于疏散儿童的滑门或窗户。）</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>1. 如有第二层楼用于托儿服务，我已制定或将制定疏散儿童的书面计划。</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用</p>
<p>B. 家庭 / 机构是否具备用于饮用或制作食物的安全水源？</p> <p>1. 如果您是 与所有被照护的儿童无亲属关系的免许可提供者，您是否已将铅测试结果附加于此表格？ 更多信息，请参阅信息页面第 2 页。</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用</p>
<p>C. 家庭 / 机构的每层楼以及儿童睡觉的每个区域是否装有工作正常的烟雾探测器？</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>D. 您是否将确保建筑、地面、玩具、设备以及家具是清洁干净且没有危害的？</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>E. 家庭 / 机构是否有工作电话？（您必须在问题 6 中写下电话号码。）</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>F. 是否设有障碍物将儿童与壁炉、取暖器、插座、柴炉、楼梯、泳池、池塘以及其他危险隔离开来？所有的门和围绕物不能对被照护儿童造成风险或危险。</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>G. 您是否确保将可能危害儿童的物品保存在儿童无法触及的安全地方？这些物品包括武器、弹药、酒精、吸入物、烟草与电子烟产品、火柴与打火机、任何合法的处方药或非处方药、清洁用品、油漆、塑料袋以及有毒和毒性材料。</p>	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>

 如果您对上述任何问题的回答是“否”，则您没有资格登记作为 DHS 托儿服务提供者。请勿继续。

<p>24. 增进安全 所有托儿服务提供者（包括获得 OCC 许可的提供者）均须回答本部分的内容。</p>	<p>您是否符合要求？</p>
<p>A. 我将确保没有人在下列地方抽烟或携带已点燃的抽烟工具，包括电子烟和雾化器：</p> <ul style="list-style-type: none"> 于托儿服务时段或者被照护儿童在场的任何时间，在家中或机构中，或者开放的入口、出口和窗户的 10 英尺范围之内，或者连接封闭区域的任何进风口，和 被照护儿童搭乘的汽车内。 	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>B. 我将确保没有人在下列地方使用无烟烟草：</p> <ul style="list-style-type: none"> 于托儿服务时段或者被照护儿童所在的任何时间，在家中或机构中，和 被照护儿童搭乘的汽车内。 	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>

24. 增进安全（续）	您是否符合要求？
C. 我将确保于托儿服务时段或者被照护儿童所在的任何时间，没有人受到酒精、受控物质（合法的处方药与非处方药除外）或大麻（含医用大麻）的影响。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
D. 我将确保在被照护儿童搭乘的汽车内，没有人摄入酒精或使用受控物质（合法的处方药与非处方药除外）或大麻（含医用大麻）。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
E. 我将确保于托儿服务时段或者被照护儿童在场的任何时间，处所内不存在下列各项物品：受控物质（合法的处方药与非处方药除外）、大麻（含医用大麻、大麻食品以及含有大麻的其他产品）、大麻植物、衍生物以及相关吸食用具。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
F. 我将确保托儿服务不会在中途宿舍、酒店、汽车旅馆、庇护处或帐篷、拖车或旅行房车等其他临时房屋中提供。允许在酒店、汽车酒店或庇护处提供获得批准的已获许可（已注册或认证）照护。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
G. 我将确保不在可以移动以及并未附着于地面、其他构筑物或相同处所上之任何设施的构筑物中提供托儿服务。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
H. 我同意时刻监护被照护儿童。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
I. 我将确保托儿服务提供者以及监护、接送被照护儿童，为其准备食物或与之亲密接触的人士，以及填写每日出勤和账单记录的人士不受影响。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
J. 我同意不令其行为可能伤害儿童的人士接近被照护儿童。这包括受影响的任何人士。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
K. 我同意向 DHS 儿童保护服务（CPS）办公室（儿童福利）或执法机关报告任何被照护儿童的疑似儿童虐待行为。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
L. 我同意与父母一同审阅疫苗接种计划，并保持疫苗接种记录是最新的或者将豁免表格记录在案。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
M. 我将采取措施防止传染病的传播。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
N. 我将允许监护家长随时见到他们被照护的儿童。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
O. 我将遵守 16 CFR 1219 和 1220 下有关儿童安全系统以及汽车座位安全带、自行车安全和婴儿床标准的州与联邦法律。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
P. 如果我向婴儿提供托儿服务，则我将根据美国儿科学会的建议，将婴儿背面朝下放在床上睡觉。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

 如果您对上述任何问题的回答是“否”，则您没有资格登记作为 DHS 托儿服务提供者。请勿继续。

25. 免许可提供者要求 — 服务前培训

仅在您未获得 OCC 的提供者许可的情况下填写。
如果您获得 OCC 的许可，请转到第 26 部分。

您是否符合要求？

免许可亲属以及非亲属提供者

未获得 OCC 许可的托儿服务提供者（免许可）需要在交回本登记表之前接受下列培训。请参见说明部分的第 2 - 3 页了解更多信息。

注：负责被照护儿童的负责人、工作人员以及与被照护儿童相处的志愿者也要完成这些培训。

A. 我已完成“托儿健康与安全介绍”（ICCHS）的网上培训。

是 否

输入您完成此培训的日期：_____

如果您选择“No（否）”，则在您完成本培训之前您的登记表不会被处理。要接受该培训，请登录到

www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx。

免许可非亲属提供者的其他培训

未获得 OCC 许可的非亲属托儿服务提供者（免许可）还需要在交回本登记表之前接受下列两项培训。请参见说明部分的第 2 页了解更多信息。如果您是**所有**被照护儿童的亲属，请跳转到第 26 部分。

B. 我已完成“认识并举报儿童受虐待与疏忽照顾（RRCAN）”培训。

是 否

输入您完成此培训的日期：_____

如果您选择“No（否）”，则在您完成本培训之前您的登记表不会被处理。要接受该培训，请登录到 [www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-](http://www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx)

[CARE/Pages/training.aspx](http://www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx) 或拨打 1-800-342-6712 联系您当地的儿童照护资源和转介（CCR&R）机构取得面授培训：

C. 我已完成儿科 CPR/急救培训。

是 否

输入您完成此培训的日期：_____

如果您选择“No（否）”，则在您完成本培训之前您的登记表不会被处理。单纯的线上培训不予接受。

若 CCR&R 向您发出 CPR/急救豁免，则您的登记表将获处理。在此处填写你的豁免编号：_____

该豁免仅适用于已就儿科 CPR/急救培训课程联系 CCR&R 办公室的非亲属提供者。

如果您曾在当地 CCR&R 之外的其他机构接受过本培训，请在本表中附上“CPR/急救卡”副本。您还需要拨打

1-877-725-8535 联系俄勒冈网上注册处（ORO），确保您的信息已经被记录。

如需帮助，请登录 www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE/Pages/training.aspx 或联系当地儿童照护资源和转介（CCR&R）办公室，网址：<http://triwou.org/projects/fcco/sdamap> 或拨打 211。


26. 提供者同意 所有托儿服务提供者（包括获得 OCC 许可的提供者）均须回答本部分的内容。	您是否同意？
请参阅 DHS 托儿服务提供者指南 (DHS 7492) 了解完整信息，或登录我们的网站： https://apps.state.or.us/Forms/Served/de7492.pdf 。如需获取指南，请拨打 1-800-699-9074（免话费）或 503-378-5500（塞勒姆地区）联系 DPU。	
<p>A. 我同意下列各项：</p> <p>我将拨打 1-800-699-9074 或 503-378-5500，或发送电子邮件到 DPU.ProviderReporting@dhsosha.state.or.us，向 DPU 报告下列任何变动：</p> <p>注：未能报告变动可能导致被取消或暂停托儿服务提供者资格，且您将无法获得托儿服务支付。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 我的姓名、电话号码或地址（包括提供照护的地点）的变动 • 家中或机构中的新来人士（年满 16 岁），包括在照护期间到访家中，并且可在无人监督情况下接触到被照护儿童的访客 • 以下任何人士遭到任何新的逮捕、起诉、定罪或与儿童保护服务部（儿童福利）或任何其他提供儿童或成人保护服务的机构之间有牵连： <ul style="list-style-type: none"> ○ 我自己 ○ 任何与我同住的年满 16 岁的人 ○ 访客 ○ 在提供者离开时监督儿童的所有人员 ○ 免许可托儿机构的站点负责人，以及在无人监督的情况下接触被照护儿童的每一名雇员，和 ○ 需要列于登记表上的任何其他人士 • 我现已获得 OCC 许可，或已变更我的 OCC 许可类型 • 我不再获得 OCC 许可 • 我不再符合 DHS 提供者的要求，包括健康与安全要求 • 如果我目前是长者和残疾人计划的家庭护工 (HCW) 或任何智力和发育障碍或行为健康服务计划的个人支持工作者 (PSW) • 如果我更改了我所提供的照护类型，或者向我作为 HCW 或 PSW 所提供的照护中加入新的客户。 	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>B. 我同意本托儿服务提供者登记表以及 DHS 托儿服务提供者指南 (DHS 7492) 中的提供者要求。请登录 https://apps.state.or.us/Forms/Served/de7492.pdf 查看指南。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>C. 我理解，作出虚假陈述或者隐瞒信息可能会遭受州或联邦处分。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<p>D. 我确认我已提供真实完整的信息，以及我的姓名、社会安全号码或 IRS 识别号码是有效正确的，否则以伪证罪名论处。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

26. 提供者协议 (续)	您是否同意?
E. 我确认我已完整地报告刑事记录以及儿童保护服务部 (儿童福利) 信息, 否则以伪证罪名论处, 以及若我没有披露该信息, 我将退回所有付款。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
F. 我理解我向 DHS 登记的托儿服务提供者身份可披露给俄勒冈州政府的其他部门。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
G. 如果我选择加入托儿服务联盟, 我了解会从我的付款中扣除会费。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

提供者或负责人签名

日期

提供者或负责人的正楷姓名

 获得 OCC 许可的提供者 (已注册家庭、经认证家庭以及经认证中心) 请勿继续填写, 并将填好的表格交给 DPU 处理。请勿填写第 27 部分。

27. 背景调查

免许可提供者（未获得 OCC 许可）需要回答本部分。

如果缺失任何信息，则本表格将以填写不全的状态被返回。获得 OCC 许可的提供者无需回答本部分。

哪些人必须填写并签署本部分

- 提供者
- 所有家庭成员（年满 16 岁）。这包括您为其提供托儿服务之儿童的父母（如果您与之同住）
注：如果您在儿童家中提供托儿服务，而您住在别处，则只有作为提供者的您必须填写并签署本问题（第 27 部分）。
- 替代或备选提供者
- 能够在无人监督的情况下接触被照护儿童的任何访客
无人监督的接触适用于托儿服务时段内到提供者家中的多数访客。当提供者需要前往家中的另一个区域（卧室、厨房或儿童睡觉的其他区域）时，访客可能有机会在无人监督的情况下与被照护儿童接触。
- 免许可机构 — 机构站点负责人、工作人员以及有机会在无人监督的情况下与儿童接触的访客和志愿者，根据 ORS 329A.250 规例，需要接受刑事以及儿童保护服务记录调查。

我理解：

- 每名人士都必须通过刑事记录和虐待史调查
- 提供者必须确保所需的每一个人都签署表格及提供完整准确的信息
- 我以及任何所列人士必须披露下列历史记录：
 - 所有逮捕、指控、裁决和定罪
 - 于任何时候在任何州、地区或国家的虐待或疏忽照顾的指称，以及对儿童或成人保护服务的参与
- 我以及任何所列人士必须在五天之内向直接付款小组报告新的刑事记录或虐待史（请参见第 26 部分了解更多信息）
- 如果登记表中不包括任何所需的人士，或其中的任何人并未提供有关刑事记录（逮捕、指控及 / 或定罪）以及儿童 / 成人保护服务记录的完整信息，则我将不满足资格。如发生该情况，我将没有付款资格，并可能产生超额付款。

所列人士以及我个人的签名表示，我们授权背景调查单位（BCU）、公众服务部（DHS）以及州法院系统与其他机关：

- 仅出于确定与审核作为 DHS 提供者之资格的目的，披露和传达信息
- 处理相关背景调查，并申请和取得所需的任何少年犯罪、警方、法院或调查报告
（若相关机构发现可能会导致资格取消的虐待，则我可通过我提供的地址或电邮收到详细信息。）
- 根据调查、尚未执行的逮捕令或者监督要求需要，向任何刑事司法机关或调查机构提供本背景调查请求中的信息或位置信息
- 提供和收取虐待与疏忽照顾的信息、提供者登记记录以及 DHS 的提供者登记小组与俄勒冈州卫生局（OHA）之间所需要的任何其他信息
- 提供和收取虐待与疏忽照顾的信息、提供者认证或许可记录，以及 DHS 与托儿办公室和早教部之间所需要的任何其他信息。

我理解，有关我本人或任何所列人士的背景调查，可能在我继续作为活跃、被取消或暂停资格的提供者之时重复进行。

我理解，将对我以及本部分所列的任何人士开展基于指纹的联邦调查局背景调查。每项背景调查可能包括：

- 俄勒冈刑事记录调查
- 通过 FBI 进行的基于指纹的全国刑事记录调查
- 俄勒冈虐待史调查
- 所列人士在过去五年内所居住的所有州的虐待史调查
- 在本州居住不满五年者，须接受额外的跨州儿童福利、性犯罪者和刑事调查
- 完成合适性确定所需的法庭记录、少年犯罪记录、警方调查、虐待调查以及其他文件。

托儿服务提供者（或机构的站点负责人）

免许可提供者（未获得 OCC 许可）需要回答本部分。

如果缺失任何信息，则本表格将以填写不全的状态被返回。

获得 OCC 许可的提供者无需回答本部分。

姓名（姓氏、名字、中间名）：	使用的其他姓名：	出生日期：
驾照或身份证号码 / 州：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社会安全号码（如没有，填写 N/A（不适用））：
您在过去五年内是否曾在俄勒冈州之外居住？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果是，请列出之前居住过的州和居住日期：		
您是否曾有被刑事逮捕及 / 或定罪？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您是否曾在任何时间牵涉到儿童保护服务部（儿童福利）或提供儿童或成人保护服务的任何其他机构？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果在任何一个方框中勾选“yes（是）”，请随附解释所有过往和当前记录的单独一页纸（信纸大小）。其中包括每起事件、日期和地点。		
授权签名：		

其他家庭成员、雇员 / 志愿者和访客

家庭成员（年满 16 岁），所有其他雇员 / 志愿者和访客需要回答本部分。

需要接受背景调查的每位人士都需要回答这些问题并签署。如您需要更多空间，请在本表中另附一张信纸大小的纸张。

姓名（姓氏、名字、中间名）：	使用的其他姓名：	出生日期：
驾照或身份证号码 / 州：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社会安全号码（如没有，填写 N/A（不适用））：
我是（勾选一项）： <input type="checkbox"/> 家庭成员 <input type="checkbox"/> 访客 <input type="checkbox"/> 雇员 / 志愿者		
您在过去五年内是否曾在俄勒冈州之外居住？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请列出之前居住过的州和居住日期：		
您是否曾有被刑事逮捕及 / 或定罪？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您是否曾在任何时间牵涉到儿童保护服务部（儿童福利）或提供儿童或成人保护服务的任何其他机构？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果在任何一个方框中勾选“yes（是）”，请单独随附一页解释所有过往和当前的记录（信纸大小）。其中包括每起事件、日期和地点。		
授权签名：		

姓名（姓氏、名字、中间名）：	使用的其他姓名：	出生日期：
驾照或身份证号码 / 州：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社会安全号码（如没有，填写 N/A（不适用））：
我是（勾选一项）： <input type="checkbox"/> 家庭成员 <input type="checkbox"/> 访客 <input type="checkbox"/> 雇员 / 志愿者		
您在过去五年内是否曾在俄勒冈州之外居住？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请列出之前居住过的州和居住日期：		
您是否曾有被刑事逮捕及 / 或定罪？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您是否曾在任何时间牵涉到儿童保护服务部（儿童福利）或提供儿童或成人保护服务的任何其他机构？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果在任何一个方框中勾选“yes（是）”，请单独随附一页解释所有过往和当前的记录（信纸大小）。其中包括每起事件、日期和地点。		
授权签名：		

在哪里提交填好的表格

通过邮寄：Direct Pay Unit, P.O. Box 14850, Salem, OR 97309-0850

通过传真：503-378-5953

有疑问？请致电 1-800-699-9074（免费电话）或 503-378-5500（塞勒姆（Salem）地区）