

Verificación para tener acceso administrativo de **varios sitios (MSA por sus siglas en inglés)**

Esta no es la solicitud: Por favor vea los pasos a continuación

Las personas con acceso administrativo al Registro de la Oficina de la Primera Infancia (OEC por sus siglas en inglés) deben ser empleados del programa (no consultores). Ellos tienen acceso a las herramientas del programa, tales como: información del empleo, **incluidos los salarios**; y alguna información del perfil de los empleados del programa; la capacidad de ingresar información específica sobre el programa, como los nombres de las aulas, las edades atendidas, los roles de los miembros del personal dentro de las aulas, y los informes del programa.

Utilice este formulario de varias páginas si va a solicitar acceso a varios programas.

Pasos:

- Verificación:** Cargue este formulario de varias páginas totalmente completado en su cuenta del Registro (Mis Documentos > Cargar / ver documentos por mí mismo > Cargar nuevo documento > Categoría del documento > Documentos estándar > Tipo de documento > Verificación de acceso administrativo). Una vez verificado el estado del documento (revise Mis documentos), podrá presentar la solicitud.
- Presentar la solicitud:** Inicie sesión en su cuenta de Registro, vaya a Mis aplicaciones de rol > Solicitar acceso de administrador y siga las indicaciones para solicitar acceso a cada programa en estas páginas. Para obtener todos los detalles y orientación sobre las herramientas del programa vea Instrucciones - Español > Administrador del programa, que se encuentran debajo del inicio de sesión.

Su nombre:	
Su número de identificación del Registro (9 dígitos):	
Su número de teléfono:	Su dirección de correo electrónico:
Su puesto de trabajo en este programa:	
¿Es usted el propietario del programa? directiva, ni un copropietario de este programa. <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí, soy el único propietario; No hay un presidente de la junta	
¿Es usted un enlace de preparación escolar de la OEC o un facilitador de AQIS (Soporte para la Mejora de la Calidad de la Acreditación) de la OEC? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
El abajo firmante afirma que la información proporcionada en este formulario es verdadera, precisa y completa bajo pena de declaración falsa de conformidad con la sección 53a-157b de los Estatutos Generales de Connecticut.	
Su firma:	Fecha:

Información sobre el primer programa

Licencia del programa / nombre legal:	
Número de licencia del programa si tiene licencia:	¿Está exento de licencia el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección del programa:	
Ciudad del programa:	

Información y certificación del supervisor / propietario. Debe firmarse DESPUÉS de que se completen todas las secciones anteriores. Omite esta sección si usted es el único propietario del programa. Supervisor se define como la persona a la que reporta el solicitante (es decir, el director, el presidente de la junta directiva del BOE).

Nombre del supervisor / propietario:	
Puesto de trabajo del supervisor / propietario del programa:	
Número de teléfono del supervisor / propietario:	Correo electrónico:
¿Es usted un enlace de preparación escolar de la OEC o un facilitador de AQIS de la OEC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Si lo prefiere, puede escribir la mayoría de los campos de este formulario. A continuación, imprima el formulario para las firmas e iniciales (o DocuSign)

Este formulario tiene una validez de 30 días a partir de la firma del supervisor.

El personal del Registro de la OEC puede auditar los formularios al azar y ponerse en contacto con el solicitante y / o la persona encargada de la verificación.

Tenga en cuenta que la OEC puede auditar los formularios de verificación.

Doy fe de ser el supervisor del solicitante o el propietario del programa. _____ Escriba sus iniciales aquí	
Doy fe de que autorizo al solicitante a tener acceso administrativo al programa mencionado anteriormente en el Registro de la OEC. Tengo la autoridad para hacerlo. Comprendo el alcance del acceso. _____ Escriba sus iniciales aquí	
El abajo firmante afirma que la información proporcionada en este formulario es verdadera, precisa y completa bajo pena de declaración falsa de conformidad con la sección 53a-157b de los Estatutos Generales de Connecticut.	
Firma del supervisor / propietario:	Fecha:

Por favor, continúe en la siguiente página

Verificación para el acceso administrativo de varios sitios (MSA) - página 2

- Complete la información para cada programa adicional para el que el solicitante vaya a solicitar acceso. Use la página adicional 2 si solicita acceso a más programas.
- Recuerde que ésta no es la solicitud, sino la documentación de apoyo para la solicitud. Véanse los pasos en la página 1.

Información del programa

Licencia del programa / nombre legal:	
Número de licencia del programa si tiene licencia:	¿Está exento de licencia el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección del programa:	
Ciudad del programa:	

Información del programa

Licencia del programa / nombre legal:	
Número de licencia del programa si tiene licencia:	¿Está exento de licencia el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección del programa:	
Ciudad del programa:	

Información del programa

Licencia del programa / nombre legal:	
Número de licencia del programa si tiene licencia:	¿Está exento de licencia el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección del programa:	
Ciudad del programa:	

Información del programa

Licencia del programa / nombre legal:	
Número de licencia del programa si tiene licencia:	¿Está exento de licencia el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección del programa:	
Ciudad del programa:	

Información del programa

Licencia del programa / nombre legal:	
Número de licencia del programa si tiene licencia:	¿Está exento de licencia el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección del programa:	
Ciudad del programa:	

Si lo prefiere, puede escribir la mayoría de los campos de este formulario. A continuación, imprima el formulario para las firmas e iniciales (o DocuSign)

Este formulario tiene una validez de 30 días a partir de la firma del supervisor.

El personal del Registro de la OEC puede auditar los formularios al azar y ponerse en contacto con el solicitante y / o la persona encargada de la verificación.

Tenga en cuenta que la OEC puede auditar los formularios de verificación.

El abajo firmante afirma que la información proporcionada en este formulario es verdadera, precisa y completa bajo pena de declaración falsa de conformidad con la sección 53a-157b de los Estatutos Generales de Connecticut.

Nombre del solicitante:

Firma del solicitante:

Fecha:

Doy fe de ser el supervisor del solicitante o el propietario del programa. _____ **Escriba sus iniciales aquí**

Doy fe de que autorizo al solicitante a tener acceso administrativo al programa mencionado anteriormente en el Registro de la OEC. Tengo la autoridad para hacerlo. Entiendo el alcance del acceso. _____ **Escriba sus iniciales aquí**

Nombre del supervisor / propietario:

Firma del supervisor / propietario:

Fecha:

Si lo prefiere, puede escribir la mayoría de los campos de este formulario. A continuación, imprima el formulario para las firmas e iniciales (o DocuSign)

Este formulario tiene una validez de 30 días a partir de la firma del supervisor.

El personal del Registro de la OEC puede auditar los formularios al azar y ponerse en contacto con el solicitante y / o la persona encargada de la verificación. V2: 07-2024

encargada de la verificación.