

Formulario de consentimiento para análisis de consumo de sustancias

Código de Indiana 12-17.2-3.5-12.1 (Proveedores exentos con licencia legal y ministerios de cuidado infantil que aceptan CCDF), 12-17.2-5-3.5 (Hogares con Licencia) y 12-17.2-4-3.5 (Centros con Licencia) exigen que cada proveedor de cuidado infantil proporcione resultados de análisis de drogas que no indiquen la presencia de sustancias controladas ilegales por ellos mismos, todas las personas mayores de dieciocho (18) años que residan en el hogar, y cualquier empleado o persona que cuide de niños en su nombre antes de conseguir la licencia o participar en el programa del Fondo para el Desarrollo del Cuidado Infantil (CCDF).

Este análisis de drogas incluirá la detección de anfetaminas, cocaína, opiáceos, PCP y THC, y deberá cumplir con los siguientes criterios.

Nombre del programa/licenciatario: _____

Domicilio del programa: _____ **Teléfono:** _____

Persona a examinar [nombre]: _____ **El mismo** **Empleado/proveedor de cuidado o voluntario**

Quien suscribe ha sido informado(a) de que los resultados del análisis de drogas deben conservarse en el programa regulado y estar disponibles para la División de Familia y Niños (DFC). La confidencialidad de estos resultados será conservada por el titular de la licencia y no se divulgarán para ningún otro propósito. Los resultados de este análisis se utilizarán para determinar el cumplimiento del Código de Indiana 12-17.2-3.5-12.1 (Proveedores exentos con licencia legal y ministerios de cuidado infantil que aceptan CCDF), 12-17.2-5-3.5 (Hogares con Licencia) y 12-17.2-4-3.5 (Centros con Licencia). Si los resultados del análisis de cualquier persona a la que se le exija realizarla indican la presencia de una sustancia controlada ilegal, el programa de cuidado infantil regulado deberá suspender o despedir inmediatamente al empleado o voluntario. Todo programa de cuidado infantil regulado que no cumpla con esta normativa estará sujeto a la denegación de una solicitud de licencia o a la suspensión/revocación de una licencia/certificado emitido. Asimismo entiende que los costos de este análisis y de cualquier otro posterior correrán por cuenta del programa regulado o de la persona. Los análisis de drogas inconclusos no se considerarán válidos para determinar el cumplimiento de IC 12-17.2-5-3.5.

Entiendo que si me niego a aceptar el análisis y a conservar los resultados disponibles para que el DFC los inspeccione, no estaré cumpliendo. Los resultados de este análisis se utilizarán para determinar el cumplimiento del Código de Indiana 12-17.2-3.5-12.1 (Proveedores exentos con licencia legal y ministerios de cuidado infantil que aceptan CCDF), 12-17.2-5-3.5 (Hogares con Licencia) y 12-17.2-4-3.5 (Centros con Licencia).

He leído y entendido una copia de las **Pautas y Formulario de consentimiento para análisis de drogas del Fondo para el desarrollo del cuidado Infantil de Indiana** que me han sido proporcionados

Por la presente: _____ **Acepto** _____ **No acepto**

la realización del análisis de drogas y a proporcionar los resultados al titular de la licencia, los cuales serán conservados y estarán disponibles para su inspección por parte del DFR o la Oficina de Educación Temprana y Cuidado Infantil fuera del horario escolar.

Firma: _____ Fecha/Hora: _____
(Persona que se somete el análisis de drogas)

Licenciatario/Director/Administrador: _____ Fecha/Hora: _____

(Por favor, conserve una copia de este formulario firmado y de los resultados del análisis de drogas en archivos accesibles para el personal del DFR).