



**FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PARA CHILD CARE
RESOURCE & REFERRAL (RECURSOS PARA EL CUIDADO DEL NIÑO Y RED DE
REMISIONES)**

La información exacta acerca de su programa nos ayuda a ofrecerle mejor servicio. Esta información también se utiliza para informes estadísticos acerca del cuidado de niños en nuestra comunidad y en el estado. Escriba con letra de imprenta y complete la información que se aplique a su caso. Gracias por su ayuda

Fecha de hoy: _____

Nombre de la persona de contacto o titular de licencia _____ Nombre del negocio _____

Dirección del establecimiento _____ Ciudad _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado _____

Número de teléfono al que los padres pueden llamar () _____ N° de teléfono adicional () _____ Número de fax () _____ Número de identificación de capacitación de STARS (únicamente titular de licencia) _____

Correo electrónico _____@_____ Sitio web www. _____

Tipo de cuidado ofrecido (marque UNO): _____ Cuidado del niño en familia con licencia _____
Cuidado del niño en un centro con licencia _____ SÓLO preescolar (exonerado de licencia)
_____ SÓLO en edad escolar _____ Campamento de verano

Fecha en que comenzó el programa _____

Si es titular de licencia:

Número de identificación de licencia (esquina izquierda superior de la licencia) _____ Fecha de vencimiento _____

Licencia para un total de _____ - niños Edad que abarca la licencia: de menores _____ a mayores _____

Capacidad total actual: _____ niños, de menores _____ a mayores _____ -

Número total de cupos hoy _____ (En la próxima página hay más preguntas acerca de la capacidad y del cupo disponible)

Distrito escolar en el que se encuentra ubicado el programa _____

Escuela primaria más cercana a usted _____ ¿Se puede ir caminando? ___sí ___no



Si tiene niños bajo su cuidado en edad escolar o desea tenerlos:

Los niños en edad escolar pueden asistir _____

¿Transporta usted a los niños a la escuela? _____ sí _____ no.

Si responde que sí, ¿cuál escuela? _____

¿Hay una parada para el autobús escolar cerca de su establecimiento? Si responde que sí, ¿cuál escuela? _____

Comentarios:

Días y horas de trabajo:

Lunes de _____ a _____

Martes de _____ a _____

Miércoles de _____ a _____

Jueves de _____ a _____

Viernes de _____ a _____

Sábado de _____ a _____

Domingo de _____ a _____

Acepta niños:

___ Tanto tiempo completo como medio tiempo

___ Sólo tiempo completo (Más de 35 horas)

___ Sólo medio tiempo

Tiene el negocio en operación: ___ todo el año ___ ÚNICAMENTE durante el año escolar
___ ÚNICAMENTE durante el verano

Ofrece: ___ cuidado no programado (sin cita) ___ cuidado temporal o de emergencia

___ cuidado antes de la escuela ___ cuidado después de la escuela

___ cuidado en turnos de rotación ___ cuidado las 24 horas

___ cuidado durante los días feriados: ¿cuáles? _____

Capacidad y cupos disponibles para el cuidado de niños en familia (la suma de las columnas no refleja la capacidad total):

Categoría por edad	Número máximo que permite la licencia para	Número máximo que acepta	Número de cupos disponibles (marque tiempo completo (TC) o medio tiempo (MT))	Fecha en que estarán disponibles los cupos
Infancia (0 a 12 meses)			TC MT	
Niños pequeños 1 a 2 años			TC MT	
Niños pequeños 2 a 3 años			TC MT	
Preescolar 3 a 5 años			TC MT	
Jardín de infancia				
A partir del primer grado				



Capacidad y cupos disponibles para el *cuidado de niños en un centro* (la suma de las columnas no refleja la capacidad total):

Categoría por edad	Número máximo que permite la licencia para	Número máximo que acepta	Número de cupos disponibles (marque tiempo completo (TC) o medio tiempo (MT))	Fecha en que estarán disponibles los cupos
Infancia (0 a 12 meses)			TC MT	
Niños pequeños de 12 a 30 meses			TC MT	
Edad preescolar de 31 meses a 5 años			TC MT	
Jardín de infancia				
A partir del primer grado				

¿Cuánto cobra?

¿Es su cuota estándar la misma que la de DSHS? sí no

Edad 0 a 12 meses \$ _____ por ____ (tiempo completo) \$ _____ por _____ (medio tiempo)
 Edad 13 a 24 meses \$ _____ por ____ (tiempo completo) \$ _____ por _____ (medio tiempo)
 Edad 2 a 3 años \$ _____ por ____ (tiempo completo) \$ _____ por _____ (medio tiempo)
 Edad 3 a 5 años \$ _____ por ____ (tiempo completo) \$ _____ por _____ (medio tiempo)
 Jardín de infancia \$ _____ por ____ (días escolares) \$ _____ por _____ (tiempo completo)
 A partir de 1º grado \$ _____ por ____ (días escolares) \$ _____ por _____ (tiempo completo)

Marque todos los subsidios que acepta / ofrece: DSHS Temporada Descuento por varios niños Escala móvil (según el ingreso de la familia) Otros, describa

¿Cobra una matrícula o cuota por aplicación? sí no. Si responde que sí, ¿cuánto? _____

¿Alguna otra cuota? Si responde que sí, ¿con qué propósito y cuánto? _____

Infórmenos sobre su programa:

Idiomas que habla el personal: _____

Describa el plan de estudio. ¿Quién lo diseña? ¿Ha sido comprado? ¿Sigue una filosofía en particular? (Adjunte información adicional si así lo desea).

Entorno

 no hay animales domésticos animales domésticos dentro del establecimiento

 animales domésticos fuera del establecimiento área para jugar cubierta

 acceso para silla de ruedas prohibido fumar (se aplica en todo momento)



___ no hay espacio específico para pañales ___ se utiliza una chimenea como medio de calefacción (durante o fuera de las horas del programa)

Se sirven comidas

___ desayuno ___ almuerzo ___ cena ___ meriendas o refrigerios
___ los padres proporcionan las comidas ___ cargo adicional por comidas
___ comidas adicionales tienen un cargo adicional
___ se adaptarán las preferencias dietéticas de la familia
___ Participante del programa de comidas de USDA

Necesidades especiales

¿Ha tenido experiencia o capacitación para atender a niños con necesidades especiales? Indique los temas de capacitación o describa las maneras en que ha ayudado a los niños con necesidades especiales a que tengan éxito en su programa:

Educación en el ámbito universitario (marque todos los que se apliquen para usted y su personal):

___ algunas clases de ECE (Educación del niño a temprana edad)
___ Autorización de 1 año de ECE
___ Título de *Community College* (AA) en ECE o relacionado
___ Título universitario en ECE o relacionado ___ Maestría (master) en ECE o relacionado
___ Titulo de CDA (Credencial de asociado en desarrollo infantil)
___ Participante del programa de beca TEACH
___ Maestro autorizado a enseñar ___ Otros, especifique: _____

Credenciales (para indicar estos tiene que suministrar una copia de la autorización con la fecha de vencimiento):

___ NAFCC (Cuidado del niño en familia) ___ NAEYC (Cuidado en un centro) ___ NSACA (Edad escolar)
___ MACTE (Montessori) ___ Organización religiosa ___ Certificación en el servicio militar

¿Está afiliado a una asociación, grupo de apoyo o junta? ¿A cuál? _____

¿Está su programa vinculado a uno de los siguientes (marque todos los que se apliquen)?

___ organización religiosa o iglesia ___ escuela pública ___ escuela privada
___ patrocinado por una empresa ___ universidad / vocación técnica ___ cooperativa de padres
___ tribu ___ programa limitado a ciertos clientes, especifique _____



¿Está considerado su programa sin fines de lucro por el Servicio de rentas internas federales (IRS, por sus siglas en inglés) ____ sí ____ no

¿Ofrecería cuidado de relevo para los niños con necesidades especiales fuera de las horas de trabajo?
____ sí ____ no Si responde que sí, ¿cuándo? _____

¿Ajustaría su horario para cubrir las necesidades de una familia? ____ sí ____ no
____ abrir máximo media hora antes ____ cerrar máximo media hora más tarde
____ cuidado de vez en cuando en las noches ____ cuidado de vez en cuando los sábados
____ cuidado de vez en cuando los domingos

¿Lleva a los niños a viajes de actividades (ej. museo, zoológico, etc.)? _ sí ____ no. Si responde que sí, ¿cómo llegan al lugar de destino?

____ vehículo de la escuela ____ vehículo privado del personal ____ los padres conducen
____ caminando ____ transporte público

¿Cuánto tiempo pasan los niños bajo su cuidado viendo televisión o vídeos o juegos de vídeos?
____ Nada ____ aproximadamente ½ hora al día ____ aproximadamente 1 hora al día ____ Más de cinco horas a la semana

¿Ofrece alguno de los siguientes?

____ gimnasia ____ música ____ clases de natación ____ arte ____ teatro
____ revista para los padres ____ educación para los padres ____ ayuda con las tareas
____ otros, especifique: _____

¿Estaría dispuesto a propugnar acerca de temas del cuidado del niño organizados por:

____ grupos participantes _____ contacto con los legisladores y con los encargados de formular la política

Tenga en cuenta que: Es nuestra política informar a los padres acerca de los encargados de niños por ubicación, tipo de cuidado y edades de los niños como el criterio principal. La ley de Estadounidenses con impedimentos (ADA) prohíbe la discriminación de las personas con incapacidades. Por lo tanto, nosotros remitimos a niños con incapacidades a los proveedores o encargados de niños cuyos servicios coinciden con las necesidades de una familia independientemente de la capacitación o experiencia del encargado de niños. Según la ley de ADA, todos los proveedores deben evaluar individualmente las necesidades de un niño para determinar el alojamiento razonable para ser incluido. Si desea obtener más información acerca del cuidado de niños con incapacidades o apoyo, póngase en contacto con _____ en _____.

Firma de la persona encargada _____

**Por favor, devuelva el formulario a: Opportunity Council, Chile Care Resource and Referral,
1111 Cornwall Avenue, Suite 200, Bellingham, WA 98225 360-734-8396 o 888-444-1862, ext. 227**