

Proveedor/a Registrada de Cuidado Infantil Familiar

Aplicación de Acción Rápida ECE COVID-19

Proveedor / organización

Datos del solicitante	
Nombre del proveedor / de la organización:	
Nombre de la entidad legal (si es distinto del nombre arriba):	
Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas inglés) [si tiene uno]:	
Fecha de inicio:	
Dirección:	
Ciudad:	
Estado:	
Código postal:	
Correo electrónico:	
Número de teléfono:	
Dirección (si es distinta de la de arriba):	
Ciudad:	
Estado:	
Código postal:	

¿Quién atiende actualmente y cuáles son sus fuentes de financiamiento actuales? Por favor rellene la tabla más abajo incluso los totales según los niveles de edad basados en las inscripciones a partir de Marzo 2020, junto con una lista de fuentes de financiamiento. Por favor entregue el número de inscripciones, con contar cada niño solo una vez (para niños financiados por fuentes múltiples, clasifíquelos en la categoría de financiamiento primario).

	Inscritos en total	Pago privado	Programa de Subsidio	Otro
Bebés				
De 1 a 3 años				
Preescolar				
Edad escolar				

**** Reservamos el derecho de verificar su estado de cumplimiento con cualquiera de los programas más arriba.**

¿Atiende usted cualquier segmento de la población especial (por favor entregue el número de niños que cae dentro de esta categoría)?

Segmentos de población especiales	Nº de niños
Condiciones de salud delicadas	
Necesidades especiales o retraso en el desarrollo	
Principiantes del inglés como segundo idioma	
Inmigrantes / familias inmigrantes	
Discapacitados físicamente	
Necesidades conductuales / de salud mental de la niñez temprana	
Residencia en un hospicio o una vivienda transitoria o temporal	
Otro (por favor describir)	

¿Participa usted actualmente en actividades de mejoría de calidad?

☐ Si ☐ No

¿Participa usted actualmente en el Programa de Comida *Child and Adult Care Food Program* (CACFP, por sus siglas en inglés)?

☐ Si ☐ No

¿Está actualmente abierto o cerrado? Seleccione uno de los siguientes:

☐ Abierto ☐ Cierre Voluntario ☐ Abierta para trabajadores esenciales

Dotación de personal e impacto económico

1. ¿Tiene empleados adicionales aparte de usted mismo/a (por favor incluir asistentes y suplentes)?

☐ Si ☐ No (*Si la respuesta es 'no', pase a la categoría "Necesidades / solicitudes de financiamiento"*)

2. ¿Tiene actualmente una política establecida de licencia por enfermedad para los empleados, y les paga cuando están de baja?

☐ Si ☐ No

3. Proporcionar información sobre personal adicional:

	Nº (de jornada completa o parcial)
Proveedora/Alternante (incluyendo usted)	
Asistente	
Sustituta/o	
Otro	

4. ¿Cuáles son las cualificaciones actuales de usted y sus empleados?

Nivel	Proveedora	Asistente/otros empleados
Asociado de desarrollo infantil (CDA)		
Grado de Asociado		
Licenciatura		
Otro (por favor describir)		

- ¿Cuál fue el ingreso anual de sus operaciones de cuidado infantil familiar el año pasado? _____
- ¿Cuánto gastó en remuneraciones o salarios de sus empleados el año pasado? (Si se paga un salario a usted mismo, incluya también su salario en la respuesta) _____

Necesidades de financiamiento/solicitudes

1. ¿Cuáles son sus retos financieros? [Marque todo lo que corresponda. Priorizar enumerando en orden de importancia; 1 siendo lo más importante]

- Asistencia de vivienda (alquiler/hipoteca) ☐
- Servicios ☐
- Días de enfermedad pagos para usted o empleado ☐
- Pago para sustituta/o ☐
- Ingreso perdido (reemplazar copagos, pago privado u otra fuente de financiamiento) ☐
- Costos adicionales por la limpieza y desinfección, o materiales de sanidad y seguridad ☐
- Costo de alimentación aumentado ☐
- Compensación aumentada por riesgos ☐
- Servicios profesionales – legales, de recursos humanos, etcétera ☐
- Costos de reapertura ☐
- Promoción/comunicación del estado del cuidado infantil (abierto/cerrado) ☐
- Necesidad inmediata de desarrollo, entrenamiento o asesoría profesionales ☐
- Otro [por favor especifica] ☐ _____

2. ¿Cómo anticipa que usará los fondos propuestos?

Categoría de presupuesto	Marque las cosas que procurará con fondos de subvención	Descripción o cantidad estimada en dólares (opcional)
Asistencia de vivienda (alquiler / hipoteca)		
Servicios		
Días de enfermedad pagos para usted o empleado		
Pago para sustituta/o		
Ingreso perdido (reemplazar copagos, pago privado u otra fuente de financiamiento)		
Limpieza y desinfección, o materiales de sanidad y seguridad		
Alimentos		
Compensación aumentada por riesgos		
Servicios profesionales – legales, de recursos humanos, etcétera		
Costos de reapertura		
Promoción/comunicación del estado del cuidado infantil (abierto/cerrado)		
Desarrollo, entrenamiento o asesoría profesionales		
Otro (por favor explique)		

Narración

1. ¿Cuánto esas solicitando? \$_____. ¿Qué más deberíamos saber sobre este programa, su organización y su campo de trabajo? [250 palabras. Use una hoja adicional si es necesario]

Atestación

El solicitante cumple con las siguientes (por favor fíjese, con marcar cada casilla está usted indicando que, a partir de la fecha de entrega de esta solicitud, está en conformidad total con los siguientes criterios):

- ☐ Impuestos locales, estatales y federales pagados hasta la fecha (y/o inscrito en un plan de pagos)
- ☐ Usted y sus empleados tienen verificaciones de antecedentes criminales en vigor
- ☐ Usted intenta mantener su programa en actividad en el futuro próximo y después de la conclusión del COVID-19
- ☐ Puede cumplir con las obligaciones presentadas en el acuerdo de la subvención

Preguntas opcionales (exclusivamente para recolección de datos)

¿Cuál es tu raza/etnia? _____

¿Cuál es tu sexo? _____

¿Su ingreso familiar bruto anual es de \$59,172 o menos? ☐ Yes ☐ No

Si es si, marque la casilla correspondiente a continuación:

- ☐ Menos de \$20,000
- ☐ \$20,001 - \$29,999
- ☐ \$30,000 - \$39,999
- ☐ \$40,000 - \$49,999
- ☐ \$50,000 - \$59,172

Entrega de documentos

- Certificado corriente de registración (PFP lo tiene en sus archivos)
- Aplicación completada
- W-9

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Por favor someta la aplicación completa, junto con el W9 a fcc@programsforparents.org o envíelo vía fax a 973-744-6809 antes de el 24 de Julio. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 973-744-4050.