



INFORMACIÓN GENERAL:

NOMBRE: _____ FECHA: _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO SECUNDARIO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

EDADES DE LOS NIÑOS QUE ESTÁ DISPUESTO A ACEPTAR: (ingrese el número y circulé uno).

Edad del más joven: _____ semanas meses años Edad del mayor: _____ semanas meses años

¿QUÉ HORARIOS CUIDARÁ A LOS NIÑOS? (Marque todo lo que corresponda)

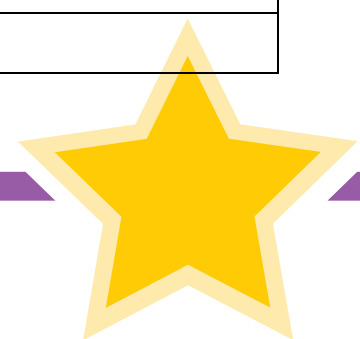
TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL SEMANA PARCIAL DÍA PARCIAL

EN LA TARDE TODA LA NOCHE FIN DE SEMANA SIN AVISO

CALENDARIO DEL AÑO: (CÍRCULE UNO) AÑO COMPLETO AÑO ESCOLAR SOLO VERANO

HORAS DE OPERACIÓN

| | <i>Desde</i> | <i>Hasta</i> |
|------------------|--------------|--------------|
| <i>Lunes</i> | | |
| <i>Martes</i> | | |
| <i>Miércoles</i> | | |
| <i>Jueves</i> | | |
| <i>Viernes</i> | | |
| <i>Sábado</i> | | |
| <i>Domingo</i> | | |



ESTADO DE REFERENCIA: (Marque todo lo que corresponda) *El estado de referencia significa que usted está dispuesto a que su nombre sea dado a los padres que buscan cuidado de niños.*

- Quiero ser parte del servicio de referencia
- No deseo ser parte del servicio de referencia
- Estoy dispuesto a recibir llamadas de padres que necesiten atención dentro de 3 meses a partir de ahora.
- Actualmente no estoy proporcionando cuidado de niños. Fecha en que espera cuidar niños: _____

TRANSPORTE:

Mi programa proporciona transporte regular. (En caso afirmativo, consulte a continuación). Sí NO

- A/Desde Casa
- Hacia/Desde Preescolar
- A/De la escuela ¿Qué escuelas? _____
- A/Desde Actividad
- Hacia/Desde Otro: Por favor explique: _____
- Puede proporcionar de familia a familia

Mi programa está ubicado cerca del transporte público Sí NO

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA (Marque todo lo que corresponda)

- Certificado de Capacitación de Maestros Montessori de una organización afiliada al Consejo de Acreditación Montessori (MACTE), la Sociedad Americana Montessori (AMS) o la Asociación Montessori Internacional (AMI).
- Incorporo currículo o prácticas religiosas en mi programa.
- Proporciono un servicio de cooperativa de padres individualmente o como parte de otros servicios.
- Proporciono cuidado de relevo (cuidado ocasional para niños con discapacidades).

ENTORNO DEL PROGRAMA (Marque todo lo que corresponda)

- Tengo mascotas. ¿Interior? _____ ¿Exterior? _____ (no incluye acuarios de peces)
- Tengo un patio cercado (el área de juegos al aire libre que se usa para el cuidado de los niños está completamente cercada)
- Mi programa es accesible para sillas de ruedas
- Mi programa tiene una piscina cubierta/al aire libre
- Mi programa está ubicado en una propiedad frente a un lago o estanque de agua

NECESIDADES ESPECIALES (Marque todo lo que corresponda. Los niños con necesidades/discapacidades especiales son niños que han sido diagnosticados por un profesional y reciben servicios especiales de una escuela pública, agencia comunitaria o atención regular de un médico por una condición médica).

Ingrese el número de niños con necesidades especiales actualmente inscritos en su programa: _____

- Tengo experiencia en el cuidado de un niño con necesidades emocionales y/o comportamientos especiales, es decir, ADD, ADHD, etc.
- Tengo experiencia en el cuidado de un niño con necesidades físicas como espina bífida, parálisis cerebral, etc.

- Tengo experiencia en el cuidado de un niño con retrasos en el desarrollo.
- Puedo hacer señas o lenguaje de señas con fluidez para comunicarme en el día a día.
- Tengo experiencia o capacitación en el cuidado de un niño que tiene asma y usa un nebulizador o inhalador o tiene alergias que amenazan la vida.
- Tengo experiencia o capacitación en el trabajo con un niño con impedimentos visuales/auditivos.
- Tengo experiencia o capacitación en el trabajo con niños que tienen discapacidades sensoriales (deficiencia táctil, sobreestimulación debido al entorno).
- Tengo experiencia o capacitación para una afección que requiere que el proveedor realice un procedimiento médico, como alimentación por sonda, diabetes, control o convulsiones.
- Tengo experiencia o entrenamiento de un niño diagnosticado con autismo.
- Tengo experiencia o capacitación en el cuidado de niños superdotados.
- Tengo experiencia o capacitación en el cuidado de bebés prematuros.
- Tengo experiencia cuidando a un niño con otro tipo de necesidades especiales.

ALIMENTOS (Marque todo lo que corresponda)

- Soy miembro del programa de alimentos del USDA.
- Proporciono desayuno.
- Proporciono snack o merienda por la mañana.
- Proporciono el almuerzo.
- Proporciono snack o merienda por la tarde.
- Proporciono la cena.
- Se les pide a los padres que proporcionen las comidas/meriendas del niño.
- Adapto los alimentos para niños con dietas especiales debido a su salud, religión y/o cultura.

POR FAVOR INDIQUE SUS TARIFAS A CONTINUACIÓN:

Bebés (de nacimiento a los 14 meses): _\$ _____ POR HORA DIARIO SEMANAL MENSUAL ANUAL OTRAS

Niños pequeños (15 meses-2 años): _\$ _____ POR HORA DIARIO SEMANAL MENSUAL ANUAL OTRAS

Niños de 2 años: _\$ _____ POR HORA DIARIO SEMANAL MENSUAL ANUAL OTRAS

Preescolar (3-5 años): _\$ _____ POR HORA DIARIO SEMANAL MENSUAL ANUAL OTRAS

5 años/Kindergarten: _\$ _____ POR HORA DIARIO SEMANAL MENSUAL ANUAL OTRAS

Antes/Después de la Escuela: _\$ _____ POR HORA DIARIO SEMANAL MENSUAL ANUAL OTRAS

Edad Escolar Verano/Vacaciones: _\$ _____ POR HORA DIARIO SEMANAL MENSUAL ANUAL OTRAS

| | | | | |
|-----------------------------|---|----|----|-----------|
| Tarifas adicionales: | Tarifa de registro/solicitud | SÍ | NO | _\$ _____ |
| | Depósito | SÍ | NO | _\$ _____ |
| | Cargo por recogida tarde | SÍ | NO | _\$ _____ |
| | Tarifa de comida/snacks | SÍ | NO | _\$ _____ |
| | Tarifa de transporte | SÍ | NO | _\$ _____ |
| | Tarifa de materiales/suministros | SÍ | NO | _\$ _____ |
| | Tarifa de excursiones/paseos | SÍ | NO | _\$ _____ |

ASISTENCIA DE CUIDADO DE NIÑOS (SUBSIDIO) PARA PADRES (Marque todo lo que corresponda)

- Consideraré aceptar el pago del certificado del Departamento de Servicios Humanos de IL, administrado por la unidad de subsidios de CCR&R, para atender a los niños elegibles para el cuidado subsidiado.
- Mi programa tiene un contrato anual de IL DHS para cuidar a un número específico de niños elegibles para el cuidado subsidiado por DHS.
- Consideraré aceptar vales de IL DCFS para niños adoptivos, servicios de protección o niños con necesidades especiales.
- Ofrezco becas a los padres para ayudar a cubrir el costo del cuidado.
- Cobro inscripción en mi programa usando una escala móvil basada en los ingresos familiares.
- Soy un programa patrocinado por un empleador que ofrece algún tipo de asistencia financiera a los empleados de un empleador designado.
- Estoy dispuesto a negociar tarifas con las familias.
- Ofrezco un descuento por varios niños de una familia inscritos en mi programa.
- Les pido a los padres que paguen la diferencia entre mi tarifa y el pago del certificado del Departamento de Servicios Humanos DHS.

POLÍTICAS DEL PROGRAMA (Marque todo lo que corresponda)

- Mis tarifas pueden ser divulgados a los padres.
 - Cobro cuando un niño se ausenta por enfermedad.
 - Cobro cuando un niño se ausenta por vacaciones o días feriados.
 - Hago descuento por más de 1 niño por familia.
 - Pido a las familias que firmen un contrato.
 - Tengo pólizas escritas para las familias.
 - Proporciono contratos, pólizas u otros materiales de negocio en idiomas distintos al inglés.
- ¿Qué idiomas? _____

¿Qué idiomas se hablan con fluidez en su programa? _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL CCR&R? (Un círculo)

| | | |
|----------------|----------------|--------------------|
| AMIGO/PARIENTE | RADIO | DHS/CCAP |
| PADRE | FCC/ASOCIACIÓN | TRANSPORTE PÚBLICO |
| TELEVISION | DCFS | OTRO: _____ |

¿Tiene una computadora en su programa? Sí NO

¿La computadora de su programa tiene acceso al Internet? Sí NO

Indique las edades de los niños menores de 12 años que viven en su hogar.

EDAD: _____ EDAD: _____ EDAD: _____

EDAD: _____ EDAD: _____ EDAD: _____

FORMULARIO DE ACUERDO

De acuerdo con el Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois (DCFS), se requiere que los proveedores de cuidado infantil familiar tengan licencia si cuidan a más de tres (3) niños menores de doce (12) años. Estas son las situaciones que legalmente se consideran exentas de licencia. Marque la que corresponda a su situación.

- No tengo hijos propios. Puedo cuidar...**
 - No más de tres niños que no sean relacionados.
 - Cualquier número de niños que sean de un hogar.
 - Un niño de un hogar y dos niños de otro hogar.
- Tengo un hijo propio menor de 12 años. Puedo cuidar...**
 - Dos niños no relacionados.
 - Una familia de niños (cualquier número de niños en ese hogar).
- Tengo dos hijos propios menores de 12 años. Puedo cuidar...**
 - Un niño no relacionado a mí.
 - Una familia de niños (cualquier número de niños en ese hogar).
- Tengo tres o más hijos propios menores de doce años. Puedo cuidar...**
 - Un niño o una familia de niños de un hogar.

Entiendo que esta definición se aplica a mi situación actual y acepto cumplirla como proveedor exento de licencia.

Firma del proveedor

Fecha