



## Programas de Cuidado en el Hogar – Información del Negocio

4753 N BROADWAY, SUITE 1200, CHICAGO, IL 60640 PHONE: 312.823.1347 FAX: 312.823.1200

**1. Información Básica de su Programa de Cuidado de Niños – Datos Generales del Proveedor: (por favor imprima)**

Fecha en que usted completó este formulario \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio (si tiene licencia, escriba el nombre que aparece en la misma) \_\_\_\_\_

Persona Contacto \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es diferente a la de arriba) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Negocio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_ Otro Número Telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Fax (si corresponde) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección Electrónica (si corresponde) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Portal Cibernético (si corresponde) www. \_\_\_\_\_

**Tipo de Cuidado – Datos Generales del Proveedor: (marque sólo una)** ¿Cuál es el propósito principal de su programa?

- Cuidado de Niños en el Hogar  Cuidado en el Hogar del Cliente

**Primer Cuidado Provisto** – Entre la fecha en que el proveedor/programa comenzó a dar servicios con la licencia actual, si tiene licencia \_\_\_\_\_

**Localización del Programa – Datos Específicos del Proveedor:**

- Casa  Apartamento  “Townhouse”  Casa Rodante  Multifamiliar  Zona Comercial  
 FCC Patrocinado por Patrono

**Computador**

¿Tiene usted una computadora en su establecimiento?  Sí  No Si contesta No, no conteste la siguiente pregunta sobre Servicio de Red Cibernética (Internet.)

¿Tiene esta computadora con servicio de la Red Cibernética?  Sí  No

**Información de la Licencia – Datos Generales del Proveedor: (marque sólo una)**

- Programa Exento de Licencia  El Programa tiene licencia/está regulado por DCFS (Depto. Serv. a Fam. y Niños)

Número de ID de la Licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Tipo de Licencia – Datos Generales del Proveedor: (marque todas las que apliquen)**  Diurna  Nocturna

- Cuidado de Niños en el Hogar  Grupo de Cuidado de Niños en el Hogar

**Capacidad en Horario Diurno**

Capacidad Total con licencia o exento durante el día \_\_\_\_\_

Capacidad Total Deseada en Horario Diurno \_\_\_\_\_ (Máximo de niños que usted planea cuidar en cualquier horario)

Total de vacantes que usted tiene actualmente en horario diurno \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_

**Capacidad en Horario Nocturno**

Capacidad Nocturna (capacidad total durante la noche, exento o según la licencia) \_\_\_\_\_

Capacidad Total Deseada en Horario Nocturno (Máximo de niños que usted planea cuidar en cualquier horario) \_\_\_\_\_

Total de vacantes que usted tiene actualmente en horario nocturno \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_

Edad de los niños que usted desea aceptar: (escriba el número y circule uno)

Edad del Niño más pequeño: \_\_\_\_ semanas meses años Edad del Niño mayor: \_\_\_\_ semanas meses años

**Financiamiento – Datos Generales del Proveedor: (marque todas las que apliquen)**

- Nuestro programa recibe financiamiento de Head Start.
- Nuestro programa recibe financiamiento para Pre-K de La Junta de Educación de Illinois (Illinois Board of Education).
- Somos una organización sin fines de lucro.

**2. Estatus de Referidos – Datos Generales del Proveedor: (marque todas las que apliquen) Estatus de Referidos significa que usted desea que su nombre sea dado a padres que buscan cuidado de niños para sus hijos.**

- Deseo ser parte del servicio de referidos (sin importar los espacios disponibles actualmente)
- Yo deseo ser parte del servicio de referidos.
- Yo acepto llamadas de padres que necesitarán los servicios dentro de 3 meses a partir de hoy. (Políticas – Aceptamos Llamadas por Anticipado)
- Deseo ser incluido(a) en los servicios de la Red Electrónica. *Tenemos un servicio electrónico para los padres que buscan cuidado de niños, accese el portal cibernético que le corresponde al escribir: [www.actforchildren.org](http://www.actforchildren.org) para que vea cómo el servicio electrónico trabaja.*

**3. Información de la Escuela - Datos Generales del Proveedor:**

Distrito de Escuela Elemental al que usted está asignado: \_\_\_\_\_ # de Distrito \_\_\_\_\_

Escuela Elemental a la que su dirección está asignada: \_\_\_\_\_

En mi programa se puede caminar desde/hacia la escuela:  Sí  No

- Yo proveo *transportación* regularmente. De contestar Sí, vea abajo.  Sí  No  Podría proveer, de familia a familia
- Desde/Hacia el Hogar  Desde/Hacia el centro Pre-Escolar  Desde/Hacia la Escuela  Desde/Hacia Actividades
  - Desde/Hacia Otros: Explique \_\_\_\_\_
  - Estamos localizados cerca de transportación pública (Ejemplo: autobuses, tren, etc.)

**4. Información del Programa – Datos Generales del Proveedor:**

- Maestro Certificado con Adiestramientos Montessori por una organización afiliada al Concilio de Acreditación de Montessori, La Sociedad Americana Montessori (AMS), o La Asociación Internacional Montessori (AMI).
- Yo incluyo clases de religión en mi programa.
- Yo proveo un servicio de co-op a los padres independiente o como parte de otros servicios.
- Yo proveo cuidado considerando las necesidades especiales. Escriba los Atributos del Proveedor (Cuidado Ocasional a niños con impedimentos)

**5. Ambiente del Programa – Atributos del Proveedor: (Marque todas las que apliquen)**

- Yo tengo mascotas.  En el Interior  En el Exterior (no incluye los tanques para peces)
- Yo mantengo un ambiente libre de humo (no se permite fumar en ningún momento).
- Yo tengo el patio cercado (El área de juegos en el patio utilizada para cuidar niños está completamente cercada).
- Mi programa está libre de barreras arquitectónicas (accesible a sillas de ruedas o personas discapacitadas).
- Mi programa tiene una piscina interior/externa.
- Mi programa está localizado en una propiedad frente a un cuerpo de agua (laguna, lago, riachuelo, etc).

**6. Seguridad – Atributos del Proveedor:**

- El Proveedor /Empleado tiene certificación válida para CPR (Resucitación Cardio-Pulmonar).
- El Proveedor /Empleado tiene certificación válida para Primeros Auxilios.
- Yo tengo un(a) enfermero(a) en las facilidades.

**7. Necesidades Especiales – Atributos del Proveedor:**

Indique el número de niños con Necesidades Especiales que asisten a su programa actualmente \_\_\_\_\_

*(un niño con necesidades especiales/discapacidades es un niño que ha sido diagnosticado por un profesional y está recibiendo servicios especiales en una escuela pública, agencia de la comunidad, o cuidado médico con regularidad por una condición de salud)*

- Yo tengo experiencia para cuidar un niño con necesidades emocionales especiales y/o de comportamiento, ejemplo: ADD, ADHD, etc.
- Yo tengo experiencia para cuidar un niño con necesidades físicas; ejemplo: alergias, diabetes, asma, etc.
- Yo tengo experiencia para cuidar un niño con retardación del desarrollo.
- Yo puedo hablar lenguaje de señas con soltura para comunicarse diariamente.
- Yo tengo experiencia o adiestramiento para cuidar de un niño con asma , que usa inhalador o nebulizador o que tiene alergias que pueden amenazar su vida.
- Yo tengo experiencia o adiestramiento para trabajar con un niño con impedimentos auditivos/visión.
- Yo tengo experiencia o adiestramiento para trabajar con niños que tienen discapacidades sensoriales (Deficiencia táctil, hipersensible al ambiente).
- Yo tengo experiencia o adiestramiento para atender una condición, la cual requiere procedimiento médico que sería realizado por el proveedor tal como alimentación por tubo, diabetes, monitorías o ataques.
- Yo tengo experiencia o adiestramiento para atender un niño diagnosticado con autismo.
- Yo tengo experiencia o adiestramiento para cuidar niño(s) dotados.
- Yo tengo experiencia o adiestramiento para cuidar infante(s) prematuro(s).
- Yo tengo experiencia para cuidar niños con otros tipos de necesidades especiales.

**8. Alimentos – Atributos del Proveedor:**

- Somos miembros del programa de alimentos USDA.  Proveemos Desayuno.  Proveemos meriendas durante AM.
- Proveemos Almuerzo.  Proveemos meriendas durante PM.  Proveemos comidas.  Los padres deben proveer los alimentos y meriendas de los niños.  Proveemos dietas especiales por razones religiosas, de salud o culturales.

**9. Ayuda Económica para Cuidado de Niños (Acepta Subsidio) – Atributos del Proveedor: *(marque todas las que apliquen)***

- Voy a considerar el aceptar certificados de pagos del Departamento de Servicios Humanos de IL (DSH IL), administrado por la unidad de subsidios de CCR&R, para servir a niños que sean elegibles para cuidado de niños subsidiado.
- Mi programa tiene un contrato anual con el DSH IL para servir a un número específico de niños que son elegibles para cuidado de niños subsidiado por el DSH.
- Voy a considerar el aceptar documentos válidos (Vouchers) de DCFS IL, para niños adoptados, servicios de protección o niños con necesidades especiales.
- Yo ofrezco becas a los padres para ayudarles a cubrir el costo del cuidado de niños.
- Yo hago el cobro por matrícula basado en una escala variable, dependiendo del ingreso de los padres.
- Este es un programa patrocinado por patronos, el cual ofrece ciertas ayudas financieras a empleados de ciertos patronos.
- Estoy dispuesto a negociar las tarifas con las familias
- Yo hago descuentos por niños adicionales de una misma familia.

**10. Política del Programa – Atributos del Proveedor: (marque todas las que apliquen)**

- Las tarifas están disponibles para los padres.  Hay cargos si el niño se ausenta por enfermedad.  
 Hay cargos si el niño se ausenta debido a vacaciones o días feriados.  Hago descuentos por más de 1 niño por familia.  
 Yo solicito a las familias un contrato firmado.  Las políticas están escritas para las familias.  
 Yo proveo los contratos, políticas u otros materiales del negocio en otros idiomas a parte del inglés.

¿En qué otros idiomas? \_\_\_\_\_

- Asistente a Tiempo Completo  Asistente a Tiempo Parcial  Exentos de Licencia – Sección para uso de oficina

**11. Idiomas – Información General del Proveedor: (marque todas las que apliquen)**

Yo/mis empleados hablamos con soltura diariamente con los padres/niños los idiomas marcados abajo.

- Inglés  Español  Nativo-Americano (Ojibwe, Lakota, etc.) Por favor, especifique: \_\_\_\_\_  
 Idioma Asiático. Por favor, especifique: \_\_\_\_\_  
 Idioma Africano. Por favor, especifique: \_\_\_\_\_  
 Idioma Europeo. Por favor, especifique: \_\_\_\_\_  
 Otro: Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

**12. Acreditación/Credencial/Afiliación – Atributos del Proveedor:**

Mi programa está acreditado por:

- NAFCC – Asociación Nacional para Proveedores de Cuidado de Niños en el Hogar fecha de expiración \_\_\_\_\_  
 Great START  CDA/CCP  
 Otra Acreditación, por favor explique \_\_\_\_\_ fecha de expiración \_\_\_\_\_  
 Soy miembro de una asociación de cuidado de niños local o del condado.  
 Soy miembro de una asociación estatal de cuidado en edad temprana..  
 Soy miembro de una asociación nacional para la niñez.  
 Estoy en asociación con Head START /Cuidado de Niños en el Hogar.  
 Otra Asociación (con otra entidad que no sea Head START / Cuidado de Niños en el Hogar. De ser así, por favor explique \_\_\_\_\_

- Yo soy un FCC que pertenece a una red de trabajo en la cual la agencia central puede proveer adiestramientos progresivos, ayudas y/o administra fondos públicos para subvencionar algunos de los espacios para cuidado de niños del proveedor

**Información Solicitada**

- Yo deseo obtener mayor información sobre las organizaciones antes mencionadas.  
 Yo deseo más información sobre el proceso para obtener una acreditación.

**13. Adiestramientos – Atributos del Proveedor: (marque todas las que ha completado)**

- Adiestramiento de Fundamentos para FCC  Adiestramiento sobre Cuidados Especiales  
 Adiestramiento en ECE (no creditable)  Plan de Estudios Creativo para FCC  
 Plan de Estudios Creativos para la Niñez Temprana  Plan de Estudios Creativo para Infantes/Niños  
 Adiestramiento Avanzado para FCCs (Second Helping)  
 ECE con créditos de colegio – Tengo algunos créditos de colegio pero no he terminado un grado académico.  
 Módulo (Sección) de Ed. 1 & 2 área oeste  Módulo (Sección) de Ed. 3 & 4 área este

**Información Solicitada**

- Yo deseo obtener mayor información sobre oportunidades de adiestramientos.

**14. Educación – Atributos del Proveedor: (No marque si usted esta en el proceso de terminar algunas clases para alguna de las siguientes opciones) **SOLO** marque si ha terminado el programa de educación indicado.**

- Escuela Superior/GED  Grado Asociado  Bachillerato  Maestría o Doctorado.  Grado Académico en ECE  
 Educación en Salud  Educación Especial  Certificación de ISBE para Pre-K  Educación Elemental  
 Beneficiario de TEACH  Me gustaría recibir más información sobre las oportunidades de educación y grados académicos. descritos arriba.

**15. Intereses/Destrezas Profesionales – Atributos del Proveedor:**

*El involucrarse con otros profesionales de cuidado de niños es una forma importante de ganar y compartir conocimientos y destrezas que pueden mejorar la calidad del cuidado de niños para todos los niños de nuestra comunidad. Las oficinas de CCR&R ofrecen varias oportunidades para involucrarse en actividades con este propósito, incluyendo convertirse en adiestrador o miembro de un comité. Favor de indicar sus intereses o los de sus empleados sobre las siguientes oportunidades: (marque todas las que apliquen)*

- Estoy interesado en formar parte de algún comité de CCR&R.  
 Estoy interesado en ser adiestrador para adiestramientos sobre niñez temprana. (Un estipendio por proveer un sustituto puede estar disponible para que usted pueda asistir)  
 Yo deseo ser evaluador de becas.  
 Yo deseo ser voluntario en eventos comunitarios. (Ej: ferias para padres, conferencias, etc.)  
 Yo deseo ser consejero de otros programas de cuidado de niños.  
 Yo doy mi consentimiento para que mi nombre sea divulgado con el propósito de documentar contactos.

**16. Horario de Operaciones – Cambios de Turno del Proveedor:**

Número de turnos que usted opera el centro: \_\_\_\_\_ (Para cada turno, favor de llenar la información abajo indicando a.m. y/o p.m.)

Primer Cambio de Turno			Segundo Cambio de Turno			Tercer Cambio de Turno		
Días	Hora de Entrada	Hora de Salida	Días	Hora de Entrada	Hora de Salida	Días	Hora de Entrada	Hora de Salida
lunes	A P	A P	lunes	A P	A P	lunes	A P	A P
martes	A P	A P	martes	A P	A P	martes	A P	A P
miércoles	A P	A P	miércoles	A P	A P	miércoles	A P	A P
jueves	A P	A P	jueves	A P	A P	jueves	A P	A P
viernes	A P	A P	viernes	A P	A P	viernes	A P	A P
sábado	A P	A P	sábado	A P	A P	sábado	A P	A P
domingo	A P	A P	domingo	A P	A P	domingo	A P	A P

A=AM P=PM

Comentarios Adicionales sobre los Horarios:

- Nuestro horario de operaciones es flexible  1 hora antes del horario normal y/o  1 hora luego del cierre normal

**17. Horarios Aceptados – Cambios de Turnos del Proveedor:**

Nosotros abrimos: *(marque todas las que apliquen)*

Horario completo (más de 35 horas a la semana)  Horario Parcial (34 horas o menos a la semana)  Ambos

Nosotros abrimos: *(marque solo uno)*  Todo el Año  Solamente Año Escolar  Solamente el Verano

Nosotros aceptamos el (los) siguiente(s) horario(s): *(maque todos los que apliquen)*

- Servicios sin previa notificación (uso no frecuente de los servicios)
- Temporal/emergencia *(a corto plazo, cuidado auxiliar, si lo permiten los espacios disponibles)*
- Antes de la Escuela  Después de la Escuela
- 24-hora  Días Feriados/Vacaciones *(abrimos los días feriados y/o cuando la escuela está en pausa)*
- Rotativo *(horarios variables, ej: lunes/miércoles una semana, martes/jueves próxima semana)*

**18. Tarifas – Cambios de Turno del Proveedor:**

Si usted provee cuidado de niños durante la semana (lunes-viernes) indique las **tres** tarifas más comunes que usted le cobra a los padres en horario completo y/o horario parcial para cada grupo de edades que usted sirve en la tabla de abajo. (Vea los ejemplos de tarifas)

**Ejemplos de Tipos de Tarifas:**

Diariamente a Tiempo Completo (DFT)      Semanal a Tiempo Completo (WFT)      Semanal a Tiempo Parcial (WPT)  
 Diariamente a Tiempo Parcial (DPT)      Por Hora a Tiempo Completo (HFT)  
 Por Hora a Tiempo Parcial (HPT)      Mensualmente a Tiempo Completo (MFT)      Otro a Tiempo Parcial (OPT): Favor de  
 Mensualmente a Tiempo Parcial (MPT)      Otro a Tiempo Completo (OFT)      Explicar “otras” tarifas

**TARIFAS DURANTE DIAS DE SEMANA**

Grupo de Edades	Ejemplo de Tarifas	Tarifa #1	Tarifa #2	Tarifa #3
<b>Tipo de Tarifa</b>	HFT			
Infantes	\$2.50			
Niñitos (edades 15 meses a 2 años)	\$2.25			
2 Años de Edad	\$2.25			
3-4 Años de Edad	\$2.00			
5 Años de Edad & Kindergarten	\$2.00			
Edad Escolar <i>Tarifas de Antes/Después solamente</i>	\$2.00			
Cuidado de Edad Escolar <i>Durante el Verano solamente</i>	\$2.00			

Si usted ofrece horario de cuidado no convencional (tardes, durante la noche, fines de semana), favor de indicar las tarifas para cada grupo de edades que usted sirve. (Vea los Ejemplos para los Tipos de Tarifas)

**TARIFAS DE HORARIO NO-CONVENCIONAL**

Grupo de Edades	Ejemplo de Tarifa	Tardes	Durante la Noche	Fines de Semana
<b>Tipo de Tarifa</b>	HFT			
Infantes	\$2.50			
Niñitos (edades 15 meses a 2 años)	\$2.25			
2 Años de Edad	\$2.25			
3-4 Años de Edad	\$2.00			
5 Años de Edad & Kindergarten	\$2.00			
Edad Escolar <i>Tarifas de Antes/Después solamente</i>	\$2.00			
Cuidado de Edad Escolar <i>Durante el Verano solamente</i>	\$2.00			

**19. Otras Tarifas – Entrese en el Primer Turno del Proveedor:**

Yo cobro por el proceso de la solicitud/matricula

Sí Especifique Cantidad \$ \_\_\_\_\_  No

Yo requiero un depósito

Sí Especifique Cantidad \$ \_\_\_\_\_  No

**20. Capacidad y Espacios Disponibles (Indique el número actual de niños en cada turno en el que usted ofrece servicios)**

**Primer Turno**

Grupo de Edades	*Capacidad Deseada	**Capacidad de la Licencia	Espacios Disponibles a Tiempo Completo	Espacios Disponibles a Tiempo Parcial	Fecha Disponible Más Temprana	*** Matrícula Actual	Proporción Niño/Adulto
Infantes							
Niños (edades 15 meses a 2 años)							
2 Años de Edad							
3-4 Años de Edad							
5 Años de Edad & Kindergarten							
Edad Escolar <i>Tarifas de Antes y Después solamente</i>							
Cuidado de Escolares <i>Durante el Verano solamente</i>							

\* Capacidad deseada es el número de niños que usted prefiere tener en cada grupo.

\*\* Capacidad Total en horario diurno en la licencia o si es exento de licencia se refiere al número de niños permitidos legalmente.

\*\*\* Día completo solamente.

**Segundo Turno**

Grupo de Edades	*Capacidad Deseada	**Capacidad de la Licencia	Espacios Disponibles a Tiempo Completo	Espacios Disponibles a Tiempo Parcial	Fecha Disponible Más Temprana	*** Matrícula Actual	Proporción Niño/Adulto
Infantes							
Niños (edades 15 meses a 2 años)							
2 Años de Edad							
3-4 Años de Edad							
5 Años de Edad & Kindergarten							
Edad Escolar <i>Tarifas de Antes y Después solamente</i>							
Cuidado de Escolares <i>Durante el Verano solamente</i>							

\* Capacidad deseada es el número de niños que usted prefiere tener en cada grupo.

\*\* Capacidad Total en horario diurno en la licencia o si es exento de licencia se refiere al número de niños permitidos legalmente.

\*\*\* Día completo solamente.

**Tercer Turno**

Grupo de Edades	*Capacidad Deseada	**Capacidad de la Licencia	Espacios Disponibles a Tiempo Completo	Espacios Disponibles a Tiempo Parcial	Fecha Disponible Más Temprana	*** Matriculación Actual	Proporción Niño/Adulto
Infantes							
Niños (edades 15 meses a 2 años)							
2 Años de Edad							
3-4 Años de Edad							
5 Años de Edad & Kindergarten							
Edad Escolar <i>Tarifas de Antes y Después solamente</i>							
Cuidado de Escolares <i>Durante el Verano solamente</i>							

\* Capacidad deseada es el número de niños que usted prefiere tener en cada grupo.

\*\* Capacidad Total en horario diurno en la licencia o si es exento de licencia se refiere al número de niños permitidos legalmente.

\*\*\* Día completo solamente.

21. **Salarios y Beneficios** – Información Específica del Proveedor: La información que usted provea será combinada con la de otros que trabajan en el mismo campo en Illinois y ayudará en los esfuerzos por mejorar los salarios y beneficios en esta profesión. Su confidencialidad está protegida y la información sobre salarios o beneficios no será divulgada en ningún modo que identifique a su nombre o su programa.

**Salario (Opcional)**

Informe solamente el ingreso neto anual del proveedor del “Schedule C”, Línea 31 del reintegro de rentas internas federal.

\$5,000 o menos    \$5,000 – \$11,000    \$11,001 – \$17,000    \$17,001 – \$23,000    Más de \$23,000

No intereso proveer la información

**Beneficios (Opcionales)**

No tengo seguro de salud    Seg. Med. Parcial    Seg. Med. Completo    CHIP/para Niños

Seg. Med. por esposo/compañero    Pago por Enfermedad    Pago por Vacaciones    Pago por Días Feriados

Retiro    Seg. Med. para Dependiente

22. **Origen Etnico– Información Específica del Proveedor: (Opcional)**

Estamos comprometidos en crear y promocionar un sistema de cuidado de niños culturalmente sensible. La información recopilada abajo es importante para ayudar a rastrear la entrada y participación de personas de diferentes culturas y grupos étnicos en este campo. Además nos ayudará a proveer financiamiento, adiestramiento y a alcanzar a proveedores de todo tipo de ascendencia cultural. Esta información no será provista a padres que solicitan referidos.

**¿Esta persona es Hispano/Latino/ Español:**

Mejicano, Méjico-Americano, Chicano

Puertorriqueño

Cubano

Otro Hispano/Latino/ Español, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es la Raza de esta persona:**

Caucásico

Afro-Americano or Negro

Indio Americano o Nativo de Alaska, especifique la tribu \_\_\_\_\_

Indio Asiático

Hawaiano (Nativo de Hawaii)

Chino

Filipino

Japonés

Vietnamita

Otro Asiático, por favor especifique: \_\_\_\_\_

De las Islas Guam o Chamorro (Islas Marianas)

Samoano

Otras Islas del Pacífico, por favor especifique: \_\_\_\_\_

Otra Raza, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Esta persona habla algún otro idioma a parte de inglés en su hogar:** \_\_\_\_\_

Empleado #1:

Qué idiomas: \_\_\_\_\_

¿Cuán bien esta persona habla inglés?

Muy Bien     Bien     No muy bien     No habla inglés

23. **Descripción Especial – Específico del Proveedor:**

Use las líneas de abajo para escribir información adicional que usted desea que los padres sepan sobre su programa. Esta información puede ser compartida con los padres según descrito. (Un máximo permitido de 5 líneas.)

**Nuestro programa es único en su clase porque.....**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sus Derechos de Privacidad y el Acuerdo de Divulgación de Información:**

**El propósito de recopilar esta información es para:**

- 1) Proveer referidos a padres que buscan cuidado de niños. Sólo proveedores que indiquen su deseo de participar en el servicio de referidos, asunto #2 de esta encuesta, serán incluidos. Puede hacerse por teléfono, carta u otros medios;
- 2) Proveer adiestramiento y asistencia técnica para cubrir las necesidades de su programa;
- 3) Reportar o recolectar estadísticas referente a suministro y demanda de cuidado de niños. Esto influye en los planes, desarrollo de políticas y niveles de financiamiento. La información estadística, la cual no incluye el nombre de los proveedores, puede ser compartida con el Departamento de Servicios Humanos, Departamento de Servicios a Familias y Niños, comunidades, fundaciones y otros;
- 4) Proveer etiquetas para correspondencia a organizaciones aprobadas o agencias que ofrezcan oportunidades para desarrollo profesional u oportunidades de financiamiento a proveedores de cuidado de niños (tales como conferencias, becas Great START, TEACH, etc.) Nosotros no proveemos etiquetas para correspondencia con propósitos de mercadeo.
- 5) Al completar esta encuesta su programa pudiera, tal vez, ser elegible para obtener financiamiento para expandir o mejorar su programa.

Nota: No se requiere que usted provea esta información, pero sin ella, no nos será posible cumplir por completo con las responsabilidades descritas arriba. Este aviso cubre todos los cambios que usted haga en su expediente (por teléfono, en persona, o por escrito) hasta que su expediente sea borrado de nuestra base de datos.

Yo autorizo a que la información de este formulario sea utilizada para los propósitos descritos arriba y toda la información es correcta de acuerdo a mi conocimiento.

Nombre Impreso \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***¡Gracias por su dedicada labor con las familias y niños de Illinois!***

***Favor de hacer una copia de este formulario para su registro y devuelva el original a:***

Atención: Adriana Esparza  
 Illinois Action for Children  
 4753 N Broadway St., Suite 1200  
 Chicago, IL 60640  
 (312) 823 - 1347