



Formulario para Proveedor Del Cuidado de Infantil

*Por favor de completar la forma  
Marque todo lo que aplique*

**Incluya su copia de la licencia de cuidado infantil**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del negocio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Página de Web: \_\_\_\_\_

Licencia #: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

Capacidad de licencia: \_\_\_\_\_ Total de Vacantes: \_\_\_\_\_

Cuantos vacantes para infantes (0-1. 11 años): \_\_\_\_\_

Cuantos vacantes para pre-escolar (2 años - 5yr. 11 años): \_\_\_\_\_

Cuantos vacantes para edad escolar (6 yr. y más): \_\_\_\_\_

**Edades:** Que edades quiere cuidar en su programa (**Por favor, especifique años y meses**):

\_\_\_\_\_

¿Ofrece transportación a las escuelas locales? (Circular) Si NO

Por favor escriba los nombres de las escuelas que puede ofrecer transportación:

\_\_\_\_\_

Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Idioma (s) hablado por el proveedor y el personal: \_\_\_\_\_

**Días abierto:**

Mon \_\_\_\_\_ Tues \_\_\_\_\_ Wed \_\_\_\_\_ Thurs \_\_\_\_\_ Fri \_\_\_\_\_ Sat \_\_\_\_\_ Sun \_\_\_\_\_

**Horas:** Abierto: \_\_\_\_\_ AM/PM Cerrado: \_\_\_\_\_ AM/PM

Tiempo Completo \_\_\_\_\_ Medio Tiempo \_\_\_\_\_ Por un día (Drop In) \_\_\_\_\_ Antes de escuela \_\_\_\_\_

Después de escuela \_\_\_\_\_ Temporal/Emergencia \_\_\_\_\_ Horario cambia cada semana \_\_\_\_\_

24-Houras \_\_\_\_\_ Abre Días festivos \_\_\_\_\_ Cuidar solo durante el año escolar \_\_\_\_\_

Solo Durante el Verano \_\_\_\_\_

**Resource and Referral Department**



<i>Edades</i>	<i>Precios Medio Tiempos</i>	<i>Precios Tiempo Completo</i>	<i>Comentarios</i>
Infantes (0-1 yr. 11 meses)	Por Semana	Por Semana	
Pre-escolal (2-5 yr. 11 meses)	Por Semana	Por Semana	
Edad escolar (6 años y mas)	Por Semana	Por Semana	

¿Ofrecen un descuento para hermanos? (Circular) Si No

Cobros adicionales: Registración: \$ \_\_\_\_\_ Materiales: \$ \_\_\_\_\_ Transportación: \$ \_\_\_\_\_

Otro Cobros: \$ \_\_\_\_\_ (descripción) \_\_\_\_\_

Ambiente: No se fuma \_\_\_\_\_ Piscina/alberca \_\_\_\_\_ Animales domésticos \_\_\_\_\_ Computadora \_\_\_\_\_  
Cerca de transporte publico \_\_\_\_\_

Alimentos: Desayuno \_\_\_\_\_ Bocado AM (Snack) \_\_\_\_\_ Almuerzo \_\_\_\_\_ Bocado PM \_\_\_\_\_ Cena \_\_\_\_\_  
¿Está inscrito en el programa de Comida del 4c? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Otro programa? \_\_\_\_\_

Filosofía de Programa: Pre-escolar \_\_\_\_\_ Actividades adecuadas al desarrollo \_\_\_\_\_ Juego libre \_\_\_\_\_  
Académico \_\_\_\_\_ Montessori \_\_\_\_\_ High Scope \_\_\_\_\_ Pre-Kindergarten \_\_\_\_\_  
Waldorf \_\_\_\_\_

Necesidades Especiales: Experiencia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Educación: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Problemas de conducta \_\_\_\_\_ Retraso en el desarrollo \_\_\_\_\_  
Discapacidad física \_\_\_\_\_ Discapacidad de la salud \_\_\_\_\_ Discapacidad visual \_\_\_\_\_ Sordo-  
problemas de audición \_\_\_\_\_ Autismo \_\_\_\_\_

Educación: Educación de temprana edad \_\_\_\_\_ (número de unidades)

Accreditacion: National Association for Family Child Care (NAFCC) \_\_\_\_\_

Programa religioso: ¿Ofrecen un programa religioso? **Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

¿Qué religión? \_\_\_\_\_

**Asistencia financiera:** ¿Aceptan pagos del programa CalWORKs? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Desea ser referido a los padres? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es No, por favor explique ¿porque?  
\_\_\_\_\_

Resource and Referral Department