



Solicitud de La Calidad Cuenta

Solicitante/Nombre de Contacto Principal: _____ Título: _____

Programa: _____

Fecha en que se completó: _____

1. ¿En qué idioma prefiere los servicios y materiales?

Inglés Español Otro _____

2. ¿Su programa está actualmente participando en alguno de los siguientes proyectos o apoyos ECE?

Programa de Alimentos CCIP Proyecto de Consulta de Comportamiento
 CPIN Coaching Preschool SHINE Early Literacy Partners
 Mentor Teacher Program TOOTH 0-8 Mental Health Collaborative
 KEET Ready to Learn IMPACT Leap into Literacy
 Dino School CalFresh Otro: _____

3. ¿Qué plan de estudios está usando actualmente en su programa?

Creative Curriculum High Scope Reggio Montessori
 Otra _____

4. ¿Qué herramientas para evaluación infantil son usadas en su programa? (Marque todas las que apliquen)

Teaching Strategies Gold High Scope DRDP Brigance
 Muestra de Trabajo ASQ/ASQ SE Otra: _____

5. ¿Con cuál de las siguientes usted o su personal están familiarizados) (Marque todas las que apliquen)

CLASS FCCERS ECERS ITERS
 Auto Evaluación Fortaleciendo Familias Creative Curriculum Fidelity Checklist

6. **Número de Licencia** _____ Fecha de Registro Original de Licencia: _____
Fecha Expiración de Licencia: _____

7. **Capacidad que permite su Licencia:** Bebés (nacimiento - 17 meses) #: _____



Niños (18 meses – 35 meses) #: _____

Preescolares (36 meses – entrada a kínder) #: _____

8. Horario de Programa:

Día completo, año completo Día completo, año parcial

Día parcial, año completo Día parcial, año parcial

9. ¿Qué tipo de financiamiento recibe su programa? (Marque todos los que apliquen)

Head Start

Early Head Start

Tribal Head Start

Title I

Privado

CA State Preschool (CSPP-Title V)

CA General Child Care (CCTR)

Voucher (CalWORKS or CAPP)

Otro: _____

10. ¿Cuál es su idioma principal para instrucción? _____

11. Número de Niños en la Guardería actualmente: Bebés (nacimiento - 17 meses) #: _____

Niños (18 meses – 35 meses) #: _____

Preescolares (36 meses – entrada a kínder) #: _____

Número total de niños en el grupo: _____

Proporción de adultos a niños: _____

12. Número de Niños con IFSPs _____ Número de Niños con IEPs _____

13. Número de Niños en Hogares de Crianza _____

14. Número de Niños que son considerados sin hogar/techo: _____

15. Etnicidad de los niños en la Guardería (favor de indicar el número de cada uno) esta información puede encontrarse en su 801A

| Nativo Alaska/ Indio Americano | Asiático | Afro- Americano / Negro | Hispano / Latino | Isleño del Pacífico | Caucásico | Multi-racial | Otro Favor <i>Especificar</i> | Desconocido |
|---|----------|-------------------------------|---------------------|------------------------|-----------|--------------|----------------------------------|-------------|
| | | | | | | | | |

16. Idioma Principal de los Niños (favor de indicar el número de cada uno):



| Inglés | Español | Vietnamés | Otro <i>Favor de Especificar</i> | Desconocido |
|--------|---------|-----------|-------------------------------------|-------------|
| | | | | |

CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

El Solicitante Certifica que:

Hasta donde sé y conozco, la información en esta solicitud es correcta y verdadera. La solicitud ha sido autorizada por la junta de directores de esta agencia (si aplica). Entiendo que todos los materiales que sean creados bajo esta subvención son del dominio público y pueden ser usados y/o reproducidos por el Estado de California y Los Primeros 5 del Condado de Humboldt. Entiendo que este es un documento público y está abierto para una inspección pública.

Nombre: _____ Firma: _____
 (Persona autorizada responsable de este acuerdo)

Puesto: _____ Fecha: _____