

YWCA Child Care Resource and Referral

Información para Programas de Cuidado de Niños en el Hogar

Nombre: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: Illinois Código postal: _____

Condado en el que vive: _____

Teléfono (_____) _____ - _____ Fax (_____) _____ - _____

Correo Electrónico _____@_____

Portal Electrónico (si es aplicable) _____

Dirección Postal (si es diferente a su domicilio) _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Fecha en que usted empezó el cuidado de niños _____

Lugar del Cuidado de Niños Casa Apartamento Townhouse Casa Móvil Duplex Condominio

¿Cómo supo usted de nosotros?

Estado de Referencias (su disposición para dar su nombre a familias que buscan cuidado de niños)

Marque todas las aplicables:

- Me gustaría formar parte del servicio de referencias (sin importar las vacantes actuales).
- No me gustaría formar parte del servicio de referencias, pero pueden incluirme en la base de datos del CCR&R para información sobre entrenamientos.
- Temporalmente no estoy proveyendo cuidado de niños debido a maternidad, vacaciones, etc.
- Me gustaría estar listado en la red de la base de datos de YWCA CCR&R (visite www.ywcachicago.org).

Información de la Licencia (marque solo una)

- Mi programa está exento legalmente de licencia debido a que solo cuido tres niños o menos, incluyendo los míos, menores de 12 años más los de alguna otra familia.
- Mi programa tiene licencia regulada por el DCFS.

Licencia #: _____ Expiración ____/____/____

Tipo de Licencia (marque las aplicables) Día Noche Cuidado de Niños en el Hogar Hogar de Grupo

¿Cuál es la edad del niño más pequeño que usted cuidará? _____ semanas _____ meses _____ años

¿Cuál es la edad del niño más grande que usted cuidará? _____ semanas _____ meses _____ años

¿Cuántos niños menores de 12 años tiene usted? _____

Capacidad de Día

¿Cuál es su capacidad total de licencia de día o su capacidad total exenta? (El máximo número de niños a un mismo tiempo, no mayor que su capacidad de licencia o no mayor de 3 si está exento de licencia) _____

¿Cuál es la capacidad total deseada? (El máximo número de niños que planea cuidar a un mismo tiempo) _____

¿Cuántas vacantes actualmente tiene de día? _____

¿Para qué edades tiene vacantes? (Tiempo completo o medio tiempo) _____

Capacidad de Noche

¿Cuál es su capacidad total de licencia de noche o su capacidad total exenta? (El máximo número de niños a un mismo tiempo, no mayor a su capacidad de licencia o no mayor de 3 si está exento de licencia.) _____

¿Cuál es la capacidad total deseada? (El máximo número de niños que planea cuidar a un mismo tiempo) _____

¿Cuántas vacantes tiene para el turno de noche? _____

¿Para qué edades tiene vacantes? (Tiempo completo or medio tiempo) _____

Por favor escriba la edad de todos los niños actualmente registrados en su programa:

Información Escolar

¿Cuál es la escuela primaria pública más cercana a su programa? _____

Distrito # _____

Mi programa está a corta distancia de las escuelas listadas arriba: Si No

Mi programa está ubicado cerca de transportación pública (ejemplo: autobús, tren, etc.): Si No

Mi programa proporciona transportación regular: Si No

Si la proporciona: De/hacia casa De/hacia preescolar De/hacia la escuela De/hacia actividades

De/hacia otro: Explique _____

Mi programa podría considerar proveer la transportación según el caso: Si No

Fondos (marque todas las que apliquen)

Mi programa recibe fondos de Head Start.

Mi programa recibe fondos de la Junta de Educación del Estado de Illinois (ISBE) Pre-K.

Información del Programa (marque todas las que apliquen)

Tengo (o mi personal tiene) entrenamiento para Maestros Montessori.

Tengo (o mi personal tiene) Certificación tipo 04.

Proveo servicio en colaboración con padres individualmente o como parte de otros servicios.

Proveo cuidado de descanso (cuidado ocasional para niños con discapacidades).

Tengo un programa preescolar incorporado.

Tengo incorporado un currículo religioso o prácticas religiosas en mi programa.

Mi lenguaje (o el de mi personal) es *fluyente en* (marque todas las que apliquen)

Inglés Español Indu/Urdu Indio Americano Asiático Africano Europeo

Otro lenguaje, por favor explique:

Horas / Días de Operación

Por favor anote las horas que su negocio está abierto incluyendo preescolar, noche y fines de semana:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo Horario Flexible

Horarios Tiempo completo (35 o más hrs. semanales) Medio tiempo (34 o menos hrs. semanales) Ambos

Abierto: (*Marque solo una*) Todo el año Solamente año escolar Solamente verano

Acepto los siguientes horarios: (*marque todas las que apliquen*)

Drop-in (*no frecuentemente*) Temporal / emergencia (*corto tiempo, cuidado de apoyo, espacio disponible*)

Antes de la escuela Después de la escuela

24 horas Días festivos / vacaciones (*abierto días festivos y vacaciones escolares*)

Flotante (*horario variable, ejemplo: Lunes / Miércoles una semana, Martes / jueves semana siguiente*)

Por favor llene los espacios de abajo con sus tarifas para el cuidado de niños:

Tipo de Tarifa	Semanal tiempo completo	Diario	Hora	Otro
Bebés				
Infantes (15 meses a 2 años)				
2 años				
3-4 años				
5 años y kindergarden				
Antes y después de la escuela				
Verano solamente				

Si usted ofrece cuidado no regular (noches, toda la noche o fin de semana), por favor anote sus tarifas para cada edad que usted sirve.

Yo cobro por la registración/aplicación. Si, especifique la cantidad \$ _____ No

Yo cobro depósito. Si, especifique la cantidad \$ _____ No

Yo cobro por materiales. Si, especifique la cantidad \$ _____ No

Yo cobro por los paseos. Si, especifique la cantidad \$ _____ No

Yo cobro por la transportación. Si, especifique la cantidad \$ _____ No

Yo cobro cuando un niño está ausente. Si, especifique la cantidad \$ _____ No

Ambiente del Programa (marque todas las que apliquen)

- Tengo mascotas. Adentro (no incluye acuarios) Afuera
- Mantengo un ambiente libre de humo (fumar no es permitido en ningún momento).
- Tengo un patio cercado (el área usada por los niños para jugar esta cercada completamente).
- Mi programa es accesible para sillas de ruedas.
- Mi programa tiene alberca/piscina interior / exterior (esto no es aplicable a albercas/piscinas inflables).
- Mi programa está localizado en una propiedad frente al agua.

Comidas (marque todas las que apliquen)

- Miembro del programa de comida USDA Desayuno Bocado a.m. Almuerzo
- Bocado p.m. Cena Los padres proporcionan los alimentos Dieta especial

Asistencia para el Cuidado de Niños (acepto pagos subsidiados, marque todas las que apliquen)

- Considero aceptar los certificados de pago del Departamento de Servicios Humanos (IDHS) a través del YWCA CCR&R administrados por el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños (CCAP).
- Envíeme información para aceptar certificados de pago del IDHS a través del CCR&R administrados por CCAP.
- Mi programa tiene un contrato anual con IDHS para servir a un número específico de niños elegibles para el cuidado de niños subsidiado por IDHS.
- Consideraría aceptar los vales del DCFS de IL para niños adoptados, servicios de protección o niños con necesidades especiales.
- Ofrezco becas a familias para reducir el costo del cuidado de niños.
- Ofrezco una escala variable de precios basado en el ingreso de la familia.
- Mi programa está patrocinado por un empleador, el cual ofrece asistencia económica a los empleados de un empleador designado.
- Estoy dispuesto a negociar mis tarifas con las familias. Doy descuento a niños de una misma familia.

Por favor anote el número de niños y sus edades que usted está dispuesto a tomar del programa CCAP:

_____ -

Por favor anote el número de niños y sus edades en su programa que participan del programa CCR&R CCAP:

Políticas del Programa (marque todas las que apliquen)

- Proporciono contratos, políticas y otros materiales del negocio en otros lenguajes diferentes al inglés.
- Tengo asistente de tiempo completo. Tengo asistente de medio tiempo.
- Estoy dispuesto a aceptar llamadas de padres que necesitan el cuidado dentro de los 3 meses siguientes.
- Tengo computadora para el negocio. Mi computadora tiene acceso al Internet.

Habilidades Especiales (marque en las que usted está interesado o dispuesto a participar)

- Participación en comités Voluntario en Eventos
- Entrenador Tutor
- Revisar Becas Cuidado de emergencia

Seguridad (marque todas las que apliquen)

- Proveedor o su personal tiene una certificación vigente en CPR (Resucitación Cardíaco Pulmonar).
- Proveedor o su personal tiene una certificación vigente en Primeros Auxilios.
- Una enfermera consultora de YWCA CCR&R ha visitado mi programa.

Necesidades Especiales (marque todas las que apliquen)

Anote el número de niños con necesidades especiales actualmente registrados en su programa _____

(Un niño con necesidades especiales o deshabilidad es un niño que ha sido diagnosticado por un profesional y está recibiendo servicios especiales en una escuela pública, agencia comunitaria o cuidado regular de un doctor por condiciones médicas.)

- Tengo experiencia cuidando niños con necesidades emocionales especiales y/o conducta: ADD, ADHD, etc.
- Tengo experiencia cuidando niños con necesidades físicas especiales: alergias, diabetes, asma, etc.
- Tengo experiencia cuidando niños con lento desarrollo.
- Tengo experiencia o entrenamiento para trabajar con niños con impedimentos visuales o auditivos.
- Tengo experiencia o entrenamiento para trabajar con niños con discapacidades sensoriales (deficiencia táctil, hiperestimulación debido al ambiente).
- Tengo experiencia o entrenamiento para atender condiciones que requieren al proveedor efectuar un procedimiento médico tal como alimentación por tubo, diabetes, monitor o convulsiones.
- Tengo experiencia o entrenamiento para trabajar con niños diagnosticados con autismo.
- Tengo experiencia o entrenamiento para cuidar a niños que son dotados y talentosos.
- Tengo experiencia o entrenamiento para cuidar niños prematuros.
- Puedo comunicarme fluentemente en lenguaje de señas diariamente.
- Tengo experiencia o entrenamiento para cuidar niños que padecen asma y usan un nebulizador o inhalador o que tienen alergias que ponen en riesgo su vida.
- Tengo experiencia cuidando a niños con otro tipo de necesidades especiales.

Entrenamientos Completados (marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento <i>Fundamentos del Cuidado de Niños</i> | <input type="checkbox"/> Cualquier entrenamiento de YWCA CCR&R |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento <i>Cuidado Especial</i> | <input type="checkbox"/> He completado algunos cursos en educación temprana a nivel de colegio pero no para una grado |
| <input type="checkbox"/> Otro entrenamiento infantil (sin créditos de colegio) | <input type="checkbox"/> Orientación de YWCA CCR&R (<i>Cómo empezar un cuidado de niños en el hogar</i>) |
| <input type="checkbox"/> <i>Currículo Creativo</i> para la niñez temprana | <input type="checkbox"/> <i>West Ed 1 & 2</i> bebés / infantes |
| <input type="checkbox"/> <i>Currículo Creativo</i> para cuidado de niños en el hogar | <input type="checkbox"/> <i>West Ed 3 & 4</i> bebés / infantes |
| <input type="checkbox"/> <i>Currículo Creativo</i> para bebés / infantes | |

Educación (marque todas las que apliquen solo si el programa educativo ha sido completado)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Secundaria/GED | <input type="checkbox"/> Graduado en el área de la Salud |
| <input type="checkbox"/> 2 años Graduado | <input type="checkbox"/> Educación Especial |
| <input type="checkbox"/> 4 años Graduado | <input type="checkbox"/> Certificación ISBE Pre-K |
| <input type="checkbox"/> MA/MS o Mayor | <input type="checkbox"/> Educación Primaria |
| <input type="checkbox"/> Graduado en Educación de Niñez Temprana | <input type="checkbox"/> Recibí TEACH |
| <input type="checkbox"/> Certificación Tipo 04 | |

Acreditación/Afiliación

Mi programa está acreditado por: **(marque todas las que apliquen)**

- NAEYC Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños expiración ____/____/____
- NAFCC Asociación Nacional para el Cuidado de Niños en el Hogar expiración ____/____/____
- CDA/CCP expiración ____/____/____
- Miembro de una asociación local or municipal de FCC
- Miembro de una asociación estatal en la niñez temprana
- Miembro de una asociación nacional en la niñez temprana
- Asociado con el programa de Head Start/Hogar de Cuidado Familiar
- Recipiente del *Great START*
- Soy un proveedor que pertenece a una red en la cual una agencia central proporciona entrenamiento regular, soporte, y/o administra fondos de subsidio público para algunos proveedores de cuidado de niños.

Su derecho a la privacidad y acuerdo de compartir información:

El propósito de coleccionar esta información es:

- 1) Proporcionar referencias a padres y guardianes buscando por cuidado de niños. Solo proveedores que indiquen su participación a través del correo, teléfono u otro medio serán incluidos.
- 2) Proporcionar entrenamiento y asistencia técnica para satisfacer las necesidades de su programa.
- 3) Reportar y elaborar estadísticas en la oferta y demanda del cuidado de niños. Esta información tiene influencia en la planeación, desarrollo político y nivel de fondos. Información estadística, en la cual no se incluyen los nombres, puede ser compartida con el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Illinois, Departamento de Servicios para Niños y Familias, comunidades, fundaciones y otros.
- 4) Respondiendo a las requisiciones por correo. Nos he requerido por contrato compartir la siguiente información: nombre, dirección y capacidad de licencia para informarle a usted de oportunidades de educación y eventos de entrenamiento. Otra información acerca de su negocio no es proporcionada a organizaciones externas. Nosotros no compartimos información con solicitantes para ningún propósito.
- 5) Al completar esta encuesta y ser parte de la base de datos de YWCA CCR&R, su programa puede ser elegible para fondos que permitan extender o mejorar su programa.

Nota: No le es requerido proporcionar esta información, pero sin ella, nosotros no podríamos totalmente satisfacer las tareas descritas anteriormente.

Yo autorizo que la información en esta forma sea utilizada tal como se describió anteriormente y que toda la información es verdadera de acuerdo a mi conocimiento.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____

!Gracias por su dedicado trabajo por los niños y familias de Illinois!

Por favor haga una copia para su archivo y envíe el original a:

Para Actualización
Atención: Tamara Powell
YWCA CCR&R
2055 W. Army Trail Rd. Suite 140
Addison, IL 60101
(630) 790-3030, ext. 2483 or
tamara.powell@ywcachicago.org

Para Nuevos Proveedores
Atención: participación de la comunidad
YWCA CCR&R
2055 W. Army Trail Rd. Suite 140
Addison, IL 60101
(630) 790-3030



Página intencionalmente dejada en blanco