

Bienvenido al Proceso de Solicitud de Quality First!

Instrucciones: Por favor lea completamente antes de comenzar la solicitud.

Tipos de Participación

En esta solicitud, usted tiene la oportunidad de seleccionar solamente **una** de tres opciones para su participación:

- ★ **Participación Total en el Sistema para la Clasificación y la Mejora en la Calidad del Cuidado** – Usted va a recibir todos los beneficios del proceso de mejoramiento, incluyendo preparación, evaluación, becas T.E.A.C.H., consulta de salud de cuidado de niños e incentivos financieros. Su programa va a ser clasificado con estrellas entre una y cinco cuando sea terminado el Sistema de Clasificación de Quality First.
- ★ **Participación Solamente en el Estudio Preliminar de las Clasificaciones** – Usted va a participar en un estudio piloto que va a durar de agosto a diciembre del 2010. El estudio va a incluir evaluación del programa y observaciones del sitio. Las calificaciones determinadas en la Calificación Piloto son confidenciales y no son compartidas con el programa participante o el público.
- ★ **Participación en el Estudio Preliminar Seguido Por Participación Total en el Sistema para la Clasificación y la Mejora en la Calidad del Cuidado** – Usted va a participar en el Estudio de Calificación Piloto y va a ser elegible para ser seleccionado para Participación Total DESPUÉS que se haya completado el Estudio Piloto.

Se requiere la siguiente información para que usted pueda presentar su solicitud exitosamente. Por favor, junte la información de la lista debajo ANTES de comenzar la solicitud:

- ☐ Toda información de contacto para el sitio actual de cuidado de niños (se requiere una solicitud individual para cada sitio que está aplicando para participar)
- ☐ Toda información de contacto incluyendo dirección postal, número de teléfono, número de fax y dirección de correo electrónico.
- ☐ Todo número de licencia y certificación del proveedor incluyendo:
 - Departamento de Servicios de Salud de Arizona (DHS, por sus siglas en inglés)
 - Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES, por sus siglas en inglés)
 - Número de concesión de subvenciones para programas de Head Start o CCDF Tribales
 - Departamento de Defensa de los Estados Unidos
 - Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Departamento de Head Start)
 - Gobiernos Tribales
- ☐ **Solo para escuelas públicas y charter:** Identificador de Tipo de Distrito Escolar del Municipio (CTDS, por sus siglas en inglés)
- ☐ Información sobre matriculación y asistencia
 - Número de aulas y promedio de asistencia diaria para niños de cinco años de edad y menores (y aun no en kínder)
 - Información de matriculación por edad incluyendo capacidad autorizada, matriculación actual, vacancias, y lista de espera
 - Número de niños de cinco años de edad y menores quienes su idioma primario es español, indio nativo de los Estados Unidos u otro que no sea inglés
 - Número de niños de cinco años de edad y menores quienes reciben Subvención de Cuidado de Niños de DES y número quienes participaron en el programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos o en el Programa Nacional del Almuerzo Escolar

- Número de niños de cinco años de edad y menores con una necesidad especial identificada, quien tiene un Plan de Educación Individual (IEP, por sus siglas en inglés) o un Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP, por sus siglas en inglés)
- Número de niños de cinco años de edad y menores identificados con una necesidad especial de salud (ejemplos incluyen pérdida de audio, asma grave, alergias graves a comida, diabetes, etc.)
- ☐ Información sobre el Personal del Programa
 - Número de personal de tiempo completo y parcial y el número de personal quienes sirven a niños desde nacimiento hasta cinco años de edad
 - Número de nuevos miembros de personal en los últimos 12 meses
 - Número de años que el director actual ha estado en este sitio
- ☐ Todo programa de Mejoramiento de Calidad que el sitio previamente o actualmente participó, incluyendo fechas de inicio y fin
- ☐ Toda acreditación nacional previa y actual, incluyendo fechas de vencimiento

Usted puede someter una solicitud en cualquier momento. Sin embargo, espacio limitado es disponible, entonces es importante que presente su solicitud lo más pronto posible. Calificación de solicitudes es basada en una variedad de prioridades regionales de First Things First.

Usted será notificado de su elegibilidad una vez que se determine que su centro u hogar es regulado y no bajo acción ejecutoria con su consejo(s) regulatorio(s). **Ser elegible no significa que ha sido matriculado en Quality First – únicamente que usted es elegible.** La selección ocurre a través del año. Si usted es seleccionado para participar, usted recibirá notificación y un asesor de Quality First se comunicará con usted para realizar una orientación. Si usted no es seleccionado en los próximos pocos meses, su solicitud permanecerá en la base de datos de Quality First y continuará ser considerado cuando nuevos espacios sean disponibles a través de financiación adicional.

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con nuestra oficina en qualityfirst@azftf.gov o 602-771-5000 o gratis al 1-877-803-7234

Presente su solicitud por correo a:

Quality First Coordinator
First Things First
4000 N. Central Avenue, Suite 800
Phoenix, AZ 85012

Por fax a:

602-274-6351

O presente en línea en:

www.azftf.gov/qualityfirst

Solicitud para Participar en Quality First!

* = Información Exigida

Tipo de Solicitud (márque solamente uno):

- ☐ Participación Total en el Sistema para la Clasificación y la Mejora en la Calidad del Cuidado
- ☐ Participación Solamente en el Estudio Preliminar de las Clasificaciones
- ☐ Participación en el Estudio Preliminar Seguido Por Participación Total en el Sistema para la Clasificación y la Mejora en la Calidad del Cuidado

1. Tipo de Proveedor *

- ☐ Centro de Guardería
- ☐ Guardería en Hogar Familiar

***Si es guardería en hogar familiar, ¿tiene bachillerato de preparatoria o su equivalente la person que tiene responsabilidad principal por cuidado de los niños?**

☐ Si ☐ No

2. Nombre de la Organización * _____

3. Nombre del Establecimiento *
(como aparece en su licencia) _____

4. Ubicación del Establecimiento *
(Dirección del establecimiento que solicita participar. Dirección como aparece en su licencia)
Dirección * _____

Ciudad * _____ **Estado *** _____ **Código Postal *** _____

5. Dirección Postal (si es distinta a la ubicación física del establecimiento arriba mencionado)
Dirección _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

6. Persona Contacto* (Director del Centro/Proveedor en Hogar Familiar)

7. Título del Contacto * _____

8. Teléfono del Contacto * _____

9. Fax del Contacto _____

10. Correo Electrónico del Contacto _____

☐ Haga clic aquí si no tiene correo electrónico

11. Persona que llena esta solicitud * ☐ El mismo contacto de arriba

(Si es distinto al contacto de arriba, por favor de su información.)

Nombre de la Persona Que Presentar Solicitud * _____

Título * _____

Organización * _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

12. Número de Años en Operación * (si ninguno, por favor ingrese 0) _____

13. Horas de Operación *

(Marque todos los días que se apliquen, e ingrese las horas de inicio y de cierre para esos días)

Días de Operación

Hora de Inicio

Hora de Cierre

☐ Lunes

____:____ a.m.

____:____ p.m.

☐ Martes

____:____ a.m.

____:____ p.m.

☐ Miércoles

____:____ a.m.

____:____ p.m.

☐ Jueves

____:____ a.m.

____:____ p.m.

☐ Viernes

____:____ a.m.

____:____ p.m.

☐ Sábado

____:____ a.m.

____:____ p.m.

☐ Domingo

____:____ a.m.

____:____ p.m.

14. ¿Cuál es el número total de días en que usted proveyó cuidados para niños en un periodo de 12 meses? *

(Por favor no incluya días festivos y fines de semana si usted no proveyó cuidados en esos días.)

_____ (Si ninguno, por favor ingrese 0.)

15. ¿Es su programa regulado? *

☐ Si

☐ No

Si es así, por favor incluya todos los números de licencia y/o certificación que se apliquen a su programa.

Ingrese los números de licencia según se muestra en los ejemplos.

“Regulado” significa con licencia, certificación o supervisado por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (DHS), el Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES), el Departamento de la Defensa de

Estados Unidos, los Servicios Humanos y de Salud de Estados Unidos (Dirección de Head Start) o los Gobiernos Tribales.

Licencia de DHS # _____
(p. ej. CDC-1234) (p. ej. SGH-5678)

Proveedor de DES ID # _____
(p. ej. P0001234)

Tribal # _____
(p. ej. Número de Subsidio de Head Start o Número de CCDF)

Militar # _____

16. Sólo para Distritos Escolares: ¿Tiene usted un Identificador del Tipo de Distrito Escolar del Condado (CTDS)? *

☐ No Es Distrito Escolar ☐ Si ☐ No

Si es así, por favor incluya el Número de Identificador del programa de CTDS. # _____

17. Tipo de Programa * (Marque todos lo que se apliquen)

- ☐ Guardería en Hogar Familiar
- ☐ Sin Fines de Lucro
- ☐ Con Fines de Lucro
- ☐ Head Start Tribal
- ☐ Head Start Itinerante y de Temporada
- ☐ Head Start
- ☐ Organización Religiosa
- ☐ Educación Especial de Primera Infancia
- ☐ Subsidio en Bloc de Primera Infancia (ECBG)
- ☐ Otro Programa de Base Escolar (ej. Título I, Educación Comunitaria, Alfabetización Familiar)
- ☐ Otro _____

18. ¿Se enfoca usted en servir a cierta población?

☐ Si ☐ No

(Si es así, por favor marque todas las que se apliquen. Población de Enfoque)

- ☐ Padres Adolescentes
- ☐ Niños de una Tribu
- ☐ Niños de la Calle
- ☐ Niños con Necesidades Especiales
- ☐ Otra (por favor especifique)

19. Promedio de asistencia diaria para niños de cinco años o menos _____

20. Número de clases o grupos para niños de cinco años o menos*

(Si ninguno, por favor ingrese 0.) _____

21. Inscripción por Capacidad con Licencia para Niños de cinco años o menos *

Para todos los Proveedores en Centros, la Capacidad con Licencia significa el número de niños de cinco años o menos en su programa. Si ninguno, por favor ingrese 0.

Para Proveedores en Hogares Familiares, la Capacidad con Licencia no se aplica; por favor ingrese 0.

	Bebés (Recién Nacidos a 12 meses)	Niños Pequeños (13 a 23 meses)	De 2 ó Más Años (24 a 35 meses)	3 Años (36 a 47 meses)	4 Años (48 a 59 Meses)	5 Años (60 meses; no en kindergarten)
Capacidad con Licencia *						
Numero de Niños Actualmente Inscritos por Grupo de Edades*						
Cupo por Grupo de Edades*						
Numero de Niños en Lista de Espera por Grupo de Edades						

22. Número de niños de cinco años o menos por quienes usted recibe Subsidio de Guardería de DES *

(Si ninguno, por favor ingrese 0.) _____

23. ¿Participa usted en el Programa de Atención Alimenticia para Niños y Adultos (CACFP) o en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares? * ☐ Si ☐ No

Si es así, ingrese el número de niños de cinco años o menos que califiquen para recibir almuerzos gratuitos o a precios reducidos. _____

24. Número de niños de cinco años o menos cuyo idioma primario no es el inglés *

(Si ninguno, por favor ingrese 0.)

Idioma primario español * _____

Idioma primario nativoamericano _____

Otro idioma primario _____

25. Número de niños de cinco años o menos con Necesidades Especial Identificadas * _____

Niños con un Plan de Educación Individual (IEP) o un Plan Individual Familiar de Servicios (IFSP) Si ninguno, por favor ingrese 0.

26. Número de niños de cinco años o menos con una necesidad especial de salud identificada *

P. ej. alergias severas, asma, tubo de alimentación, deficiencia auditiva, etc.

Si ninguno, por favor ingrese 0. _____

27. Número de personal a tiempo completo * (Numero Total) _____

(El tiempo completo se define como 30 horas o más por semana)

28. Número de personal a tiempo completo que sirve a niños de recién nacidos a cinco años *

(Si ninguno, por favor ingrese 0.) _____

29. Número de personal a medio tiempo * _____

(Número Total. El medio tiempo se define como 29 horas o menos por semana.)

30. Número de personal a medio tiempo que sirve a niños de recién nacidos a cinco años *

(Si ninguno, por favor ingrese 0.) _____

31. ¿Cuál es el idioma primario utilizado para la instrucción en su programa? *

(ej. Inglés, Español, otro, etc.)

(Si ninguno, por favor ingrese 0.) _____

32. Número de nuevos empleados durante los últimos 12 meses, por posición * (Si ninguno, por favor ingrese 0.)

Director _____

Maestro/Encargado _____

Asistente/Ayudante _____

33. Número de años en que el actual director ha estado en este establecimiento *

(Si ninguno, por favor ingrese 0.) _____

34. ¿Ha participado antes este establecimiento en alguna de las siguientes Iniciativas de Mejora de Calidad? *

☐ Si ☐ No Si es así, por favor marque todas lo que se apliquen.

Las fechas deberán ingresarse en el formato MM/DD/AAAA.

☐ First Focus on Quality/United Way of Tucson and Southern Arizona

Fecha Inicial		Fecha Final	
De		A	

☐ Hands-On Quality (Tucson)

Fecha Inicial		Fecha Final	
De		A	

☐ Proyecto de Auto-Estudio de Arizona

Fecha Inicial		Fecha Final	
---------------	--	-------------	--

De		A	
----	--	---	--

- ☐ Success by Six – United Way del Valle del Sol/Proyecto do Desarrollo Profesional

Fecha Inicial		Fecha Final	
De		A	

- ☐ Quality Rollout – Ley de Inversión en la Mano de Obra (WIA) del Condado de Pinal

Fecha Inicial		Fecha Final	
De		A	

- ☐ Mejoras de Calidad – United Way del Norte de Arizona

Fecha Inicial		Fecha Final	
De		A	

- ☐ Otra _____

Fecha Inicial		Fecha Final	
De		A	

35. ¿Ha recibido alguna vez su programa acreditación nacional? * Acreditaciones

- ☐ Si ☐ No Si es así, por favor marque todas lo que se apliquen.

Las fechas deberán ingresarse en el formato MM/DD/AAAA.

- ☐ NAEYC (Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños)

Fechas de Caducaión		
---------------------	--	--

- ☐ NAFCC (Asociación Nacional de Guarderías Familiares)

Fechas de Caducaión		
---------------------	--	--

- ☐ NAC (Comisión Nacional de Programas para cuidados y Educación Temprana)

Fechas de Caducaión		
---------------------	--	--

- ☐ NECPA (Programa de Acreditación Nacional de Primera Infancia)

Fechas de Caducaión		
---------------------	--	--

- ☐ ACSI (Asociación Internacional de Escuelas Cristianas)

Fechas de Caducaión		
---------------------	--	--

- ☐ AMS (Sociedad Montessori Norteamericana)

Fechas de Caducaión		
---------------------	--	--

- ☐ AMI (Asociación Montessori Internacional)

Fechas de Caducaión		
---------------------	--	--

- ☐ Otra _____

Fechas de Caducaión	
---------------------	--

36. ¿Tiene su programa acceso a alguna capacitación adicional y/o apoyo de asistencia técnica? *

P. ej. Coordinador de Educación, Orientador, Especialista en Materiales de Estudio, Especialista en Salud Mental y del Comportamiento, etc.

- ☐ Si ☐ No

37. ¿Cómo escuchó usted sobre Quality First! por primera vez? *

Por favor marque todos lo que se apliquen.

- ☐ Búsqueda de establecimientos por medio de la Red
☐ Correo regular
☐ Correo electrónico
☐ En un taller o capacitación
☐ Por medio de un amigo o colega
☐ En un foro comunitario o evento (no en taller o capacitación)
☐ Otro _____

38. Verificación de la Solicitud *

- ☐ Al marcar esta casilla, el solicitante da fe de haber revisado esta solicitud y declara que toda la información contenida es verdadera y correcta. También declara entender que toda la información será verificada antes de que se le inscriba en **Quality First!**

Por favor ingrese el nombre de la persona que llena y presentar esta solicitud.

Nombre * _____

Apellido* _____

Fecha en Que da Fe* _____

Presente su solicitud terminada por correo a:

Quality First Coordinator
First Things First
Arizona Early Childhood Development and Health Board
4000 N Central Ave, Suite #800
Phoenix, AZ 85012

Por fax: 602-274-6351

O presente su solicitud en línea en: www.azftf.gov/qualityfirst

© 2008 First Things First. Todos los Derechos Reservados. Política de [Privacidad](#).| [Comentarios de Esta Página](#)
Esta página se imprimió desde el sitio de la Red de First Things First, <http://www.azftf.gov>
© 2008 First Things First. Todos los Derechos Reservados.