



Aplicación de Acreditación de la NAFCC

Al someter esta aplicación está demostrando su cometido de completar el proceso de acreditación. Usted cree que cumple con el criterio de elegibilidad, ha completado los requisitos de la aplicación, cumple las Normas de Calidad y ha planeado cuándo podrá tener una visita de observación.

Criterio de Elegibilidad

- Tener por lo menos 21 años de edad.
- Tener un diploma de bachillerato o Equivalente de Bachillerato (GED.)
- Proveer cuidado infantil por un mínimo de 15 horas por semana.
- Proveer cuidado a un mínimo de tres niños en un ambiente familiar. Por lo menos un niño no debe residir en el hogar del proveedor.
- Ser el cuidador principal, estando por lo menos el 80% de las horas de operación activamente involucrado con los niños. Los Co-proveedores deben estar por lo menos el 60% del tiempo activamente involucrados con los niños.
- Tener por lo menos 12 meses de experiencia como proveedor de cuidado infantil familiar. Cumplir con el nivel más alto de regulación para operar un programa de cuidado infantil familiar por la agencia regulatoria autorizada.
- Estar en cumplimiento con todas las regulaciones de la agencia regulatoria autorizada .
- Tener un historial criminal estatal y federal favorable.
- Estar en buena salud para proveer un entorno estable y enriquecedor para los niños.
- Mantener certificación vigente de RCP y Primeros Auxilios Pediátrico.
- Adherirse al Código de Conducta Ética de la NAEYC .

Requisitos para la Aplicación

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación • Cuota de Aplicación • Afiliación a la NAFCC (si paga las cuotas de descuento) <ul style="list-style-type: none"> - Proveedor - Co-Proveedor • Licencia • Forma de Consentimiento de Licencia • Forma de Evaluación de Salud <ul style="list-style-type: none"> - Proveedor - Co-Proveedor - Asistentes | <ul style="list-style-type: none"> • Forma de detección de TB <ul style="list-style-type: none"> - Proveedor - Co-Proveedor - Asistentes • Primeros Auxilios Pediátricos y RCP <ul style="list-style-type: none"> - Proveedor - Co-Proveedor - Asistentes • Revisión de Antecedentes Penales Estatal y Federal <ul style="list-style-type: none"> - Proveedor - Co-Proveedor • Registro de Entrenamiento y Verificación <ul style="list-style-type: none"> - Proveedor - Co-Proveedor |
|---|---|

Favor de hacer copias adicionales de cualquier página si necesita más espacio para proveer la información completa

Información del Candidato		
Nombre	Inicial	Apellido
Nombre del Negocio		
Dirección en la Licencia, Registro o Certificado		Teléfono
		Fax
Dirección Postal		Correo Electrónico
Ciudad	Estado	Código Postal
Condado		País
Base/Instalación		Prefiero los materiales en... <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español
Estoy en el Proceso de Acreditación de la NAFCC ... <input type="checkbox"/> individualmente <input type="checkbox"/> con una Agencia/Proyecto Nombre de la Agencia/Proyecto _____ Persona a Contactar _____ Dirección _____ Teléfono _____ Correo Electrónico _____		
¿Es socio individual de la NAFCC actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuota de Socio incluida (\$35)	¿Tiene más de 21 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estoy aplicando por mi... <input type="checkbox"/> 1ra Acreditación <input type="checkbox"/> Re-acreditación Acreditación Actual expira. / / He sido acreditado _____ veces
Educación: <input type="checkbox"/> Menos de Bachillerato <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Asociado _____ <input type="checkbox"/> Grado Profesional _____ <input type="checkbox"/> Maestría _____ <input type="checkbox"/> Doctorado _____ <input type="checkbox"/> ¿Credencial de CDA vigente?(Child Development Associate)		
¿Por cuánto tiempo ha cuidado niños en un ambiente familiar por paga? <input type="checkbox"/> Menos de 18 meses. ¿Cuántos meses.? _____ <input type="checkbox"/> 8 meses-2 años. <input type="checkbox"/> 3-5 años. <input type="checkbox"/> 5-10 años <input type="checkbox"/> 11-20 años <input type="checkbox"/> 20+ años.	¿Es regulado su programa de cuidado infantil familiar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> No disponible ¿Ha tenido quejas formales o áreas de no cumplimiento contra su programa de cuidado infantil familiar en los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, incluya una explicación dando detalles completos de la (s) queja (s) o áreas de no-cumplimiento, el resultado, cuando, que, cómo se resolvió, y toda la correspondencia de la agencia regulatoria.	
Número de niños matriculados _____ ¿Cuántos viven fuera de su casa? _____		
¿Está presente y activamente involucrado con los niños por lo menos 80% de las horas en que su programa está abierto, o por lo menos el 60% si tiene un co-proveedor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

<p>¿Tiene un co-proveedor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es así, el co-proveedor debe completar “Información del co-proveedor” abajo y someter la cuota de co-proveedor.</p> <p>Firma del Co-proveedor requerida en la página 6.</p> <p>Co-proveedores son dos proveedores que comparten igualmente las decisiones y las responsabilidades. Cada co-proveedor debe estar presente y activamente involucrado con los niños por lo menos el 60% del tiempo en que ofrecen cuidado. Los co-proveedores deben someter toda la documentación de elegibilidad.</p>	<p>¿Tiene asistentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es así, complete la sección “asistente”.</p> <p>Los asistentes tienen por lo menos 16 años de edad y trabajan bajo la supervisión de un proveedor. No se les deja encargados a menos que cumplan con los requisitos de sustitutos (Norma de Calidad*5.34). Someta Primeros Auxilios Pediátricos y RCP vigentes, Evaluación de Salud de la NAFCC y Detección de TB de la NAFCC para todos los asistentes.</p>
---	---

Información del Co-Proveedor

Nombre	Inicial	Apellido
<p>¿Es socio individual de la NAFCC actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Cuota de Socio incluida (\$35)</p>		<p>¿Tiene más de 21 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

Educación: Menos de Bachillerato Diploma de Bachillerato GED

Algo de Universidad Asociado _____ Grado Profesional _____

Maestría _____ Doctorado _____

¿Credencial de CDA vigente?(Child Development Associate)

¿Por cuánto tiempo ha cuidado niños en un ambiente familiar por paga?

Menos de 18 meses. ¿Cuántos meses.? _____

8 meses-2 años. 3-5 años.

5-10 años 11-20 años 20+ años.

¿Está Presente y activamente involucrado con los niños por lo menos el 60% de las horas en que su programa está abierto? Si No

Información del Asistente *favor de listar los nombres de todos los asistentes y sus horarios programados.*

Ej. Juan Pérez	_ 7 am/pm	___ am/pm	_ 7 am/pm	___ am/pm	_ 1 am/pm	___ am/pm	___ am/pm
	- 1 am/pm	- ___ am/pm	- 1 am/pm	- ___ am/pm	- 5 am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm
	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm
	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm
	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm
	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm
	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm
	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm
	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm
	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm	- ___ am/pm

¿Hay otras personas regularmente en el hogar de cuidado infantil, es decir su familia, padres, voluntarios, especialistas en programas, niños que no están matriculados en el programa?

Si No si es así, favor de listar quién, cuándo y cuál es su papel.

No Horario	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Sr. Proveedor		Rosa López		Juan Padre			
Esposo		Maestra de Música.		Padre			
N/A	___ am/pm - ___ am/pm	1 ___ am/pm - 2 ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	10 ___ am/pm - 11 ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm
N/A	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm
N/A	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm
N/A	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm

Información del Programa

Mi programa opera 12 meses/año

Mi Programa opera menos de 12 meses/año

Favor indicar la fecha de comienzo y final más cercana del programa.

Fecha comienzo del programa / / Fecha que termina el Programa / /

Horas de Operación	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Abre	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm
Cierra	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm
Abre	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm
Cierra	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm	___ am/pm

Paseos Programados Regularmente : Favor de listar cualquier paseo semanal programado regularmente

Ejemplo	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Biblioteca							
3 ___ am/pm - 4 ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm	___ am/pm - ___ am/pm

Certificación del Proveedor

Certifico que toda la información provista es vigente y completa. (Esta caja debe ser marcada.)

Certifico que cumpla con todos los requisitos de elegibilidad. (Esta caja debe ser marcada.)

Certifico que he leído el Código de Conducta Ética de la NAEYC y estoy de acuerdo en adherirme a sus pautas. (Esta caja debe ser marcada.)

Entiendo que debo someter la aplicación completa , todos los documentos requeridos y las cuotas aplicables, o mi Aplicación me será devuelta. (Esta caja debe ser marcada.)

Entiendo que las cuotas de la aplicación no son reembolsables. (Esta caja debe ser marcada.)

Entiendo que la Asociación Nacional de Cuidado Infantil Familiar tiene derecho a revocar la acreditación si se determina el incumplimiento de las Normas de Calidad y/o no se cumple con la elegibilidad. También entiendo que el modificar o cambiar la documentación de cualquier manera puede resultar en la anulación o invalidación de la acreditación. (Esta caja debe ser marcada.)

Autorizo a la Asociación Nacional de Cuidado Infantil Familiar a que distribuya mi nombre, dirección y número de teléfono a personas que busquen proveedores acreditados.

Firma del Proveedor Fecha

Certificación del Co-Proveedor

Certifico que toda la información provista es vigente y completa. (Esta caja debe ser marcada.)

Certifico que cumpla con todos los requisitos de elegibilidad. (Esta caja debe ser marcada.)

Certifico que he leído el Código de Conducta Ética de la NAEYC y estoy de acuerdo en adherirme a sus pautas. (Esta caja debe ser marcada.)

Entiendo que debo someter la aplicación completa , todos los documentos requeridos y las cuotas aplicables, o mi Aplicación me será devuelta. (Esta caja debe ser marcada.)

Entiendo que las cuotas de la aplicación no son reembolsables. (Esta caja debe ser marcada.)

Entiendo que la Asociación Nacional de Cuidado Infantil Familiar tiene derecho a revocar la acreditación si se determina el incumplimiento de las Normas de Calidad y/o no se cumple con la elegibilidad. También entiendo que el modificar o cambiar la documentación de cualquier manera puede resultar en la anulación o invalidación de la acreditación. (Esta caja debe ser marcada.)

Autorizo a la Asociación Nacional de Cuidado Infantil Familiar a que distribuya mi nombre, dirección y número de teléfono a personas que busquen proveedores acreditados.

Firma del Co-proveedor Fecha



Consentimiento de Licencia de la NAFCC

NAFCC must verify that the candidate is in compliance with all regulations of the authorized regulatory body. Most state or county licensing departments require written consent to request a provider record search. Complete the following consent and licensing agency contact information. NAFCC will obtain the required information.

La NAFCC debe verificar que el candidato esté cumpliendo con todas las regulaciones del cuerpo regulatorio autorizado. La mayoría de los departamento estatales o del condado requieren consentimiento por escrito para solicitar una búsqueda de sus registros. Complete la siguiente información de contacto de la agencia de licencias y forma de consentimiento. La NAFCC obtendrá la información requerida.

I, _____ give consent for my licensing agency to provide written information to the National Association for Family Child Care (NAFCC) on any past allegations, unresolved complaints, and/or issues of non-compliance regarding my child care program within the past 3 years.

This consent shall remain valid and shall extend throughout my participation in the Accreditation Program sponsored by NAFCC.

Yo, _____ doy consentimiento a mi agencia de licencias para proveer información por escrito a la Asociación Nacional de Cuidado Infantil Familiar (NAFCC) de cualquier alegación pasada, queja no resuelta y/o asunto de no cumplimiento respecto a mi programa de cuidado infantil por los últimos 3 años.

Este consentimiento se mantendrá válido y se extenderá a lo largo de mi participación en el Programa de Acreditación patrocinado por la NAFCC.

Agencia Licenciadora

Contacto en la Agencia

Correo Electrónico

Teléfono

Fax

Dirección de la Agencia

Ciudad:

Estado

Código Postal

Firma del Proveedor

Fecha

NAFCC • 1743 W. Alexander St. • Salt Lake City, UT 84119 • Teléfono: 800-359-3817 • Fax: 801-886-2325
www.nafcc.org

Información para el Observador

Entorno del Programa (marque todo lo que aplique)

- Suburbano Rural Urbano Base Militar Comunidad Cercada

Si vive en una base militar o una comunidad cercada indique abajo (o adjunte) como puede el observador arreglar el obtener acceso sin contactarle antes del día de la observación. Favor de incluir toda la información de contacto.

Consideraciones de Estacionamiento: Especifique cualquier instrucción de estacionamiento que el observador pueda necesitar el día de la visita, por decir, “estacionese en el lote al cruzar la calle,” “estacionese en la acera de la cochera a la izquierda del sitio,” “tendrá que estacionarse en un parquímetro y necesitará monedas.”

Instrucciones: Indique el monumento más cercano, salida de la autopista, o intersección principal. Si es posible, haga favor de adjuntar instrucciones generadas por computadora o un mapa detallado.

Información de Investigación

Las siguientes preguntas son para información de investigación solamente y no se considerarán al determinar la elegibilidad o estatus de acreditación del proveedor. Se aprecia el que complete esta sección.

¿Hay asistencia disponible a proveedores de Cuidado Infantil Familiar para ayudarles a pagar las cuotas de acreditación en su área? Sí No

¿Recibió ayuda para pagar cualquiera de sus cuotas de acreditación? Sí No

¿Qué tanta ayuda recibió para pagar sus cuotas de acreditación? 25% o menos 50% 75% 100%

¿Hay apoyo para la acreditación (aparte de ayuda con las cuotas de acreditación) disponible para asistir a proveedores de cuidado infantil familiar en su área al buscar acreditación? El apoyo a la acreditación puede incluir grupos de estudio de acreditación, entrenadores o mentores, entrenamiento o fondos para entrenamiento, o fondos para mejoras de calidad (instalaciones, equipo, etc.). Sí No

¿Recibió apoyo para la acreditación (aparte de ayuda con las cuotas de acreditación)? Sí No

Provea la información de contacto de las agencias que proporcionan apoyo a la acreditación en su área.

Agencia:	Agencia:
Contacto:	Contacto:
Dirección:	Dirección:
Ciudad: Estado: Código:	Ciudad: Estado: Código:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Teléfono:	Teléfono:

¿Dónde provee cuidado infantil familiar?

En mi residencia En la residencia de alguien más En un hogar donde nadie reside

Otro (especifique) _____

¿En qué idiomas es fluente? Inglés Español Otro (especifique) _____

¿Cuántos niños en su programa hablan qué idiomas?

_____ Inglés _____ Español _____ Otro (especifique) _____

¿Cuántos niños en su programa son...

_____ Nativos Americanos o de Alaska _____ Asiático o de las Islas del Pacífico _____ Negro, no de origen Hispano

_____ Hispano _____ Blanco, no de origen Hispano _____ Otro (especifique) _____

¿Cuántos niños en su programa son formalmente diagnosticados con necesidades especiales? _____

¿A qué población especial sirve? Ninguna Militar Trabajadores Migrante

Padres Adolescentes Padres Solteros Familias sin Hogar Otro (especifique) _____

¿Cuántos niños reciben ayuda financiera para asistir a su programa?

_____ Becas _____ Tarifas Escalonadas _____ Subsidio Público

¿Cuántos asistentes en su programan llevan cursos a nivel de colegio? _____ Menos de 6 unidades

_____ 6-9 unidades _____ 10-24 unidades _____ Asociado _____ Grado Profesional _____ Maestría o más alto

¿Cuántos asistentes tiene en cada grupo de edad?

_____ menos de 18 _____ 18-21 _____ 22-30 _____ 31-40 _____ 41-50 _____ 51+

Favor de enviar la Aplicación de Acreditación de la NAFCC Completa con el pago a:

NAFCC
1743 W. Alexander St.
Salt Lake City, UT 84119

Información de Pago

Socio

- \$35 **Cuota de Renovación de Socio**
 \$500 **Cuota de Aplicación**
 \$100 **Cuota del Co-Proveedor**

Cantidad Total \$ _____

No-Socio

- \$700 **Cuota de Aplicación**
 \$150 **Cuota del Co-Proveedor**

Cantidad Total \$ _____

Cheque personal incluido. Cheque # _____ Cheque pagadero a: NAFCC Accreditation

Mis cuotas de acreditación las paga Agencia/Proyecto (especifique) _____

Ejército Naval Fuerza Aérea Otro (especifique) _____

Visa Mastercard # _____

Fecha de Expiración _____

Nombre en la Tarjeta (letra de molde)

Dirección de Facturación y Teléfono

Ciudad

Estado

Código Postal

Firma _____

¡La NAFCC se hace ecologista! Reciba actualizaciones de acreditación, Información importante y promociones especiales vía correo electrónico.

Asegúrese de tener una dirección de correo electrónico válido para no perder esta oportunidad.

Correo Electrónico

Reescriba su Correo Electrónico