

Aplicación de Membresía de la NAFCC

Nueva _____ Renovación _____

1^{re} Nombre _____ 2^{do} Nombre _____ Apellido _____

Nombre del Negocio, Agencia o Asociación de Cuidado Infantil _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____ Condado _____ Teléfono _____

(____) _____ Fax (____) _____ Correo-E (E-Mail) _____

Militar No Si Si lo es, rama: Fuerza Aérea Ejército Guardacostas La Naval Marina

Base/Instalación _____ País _____

¿Cómo se entero de la NAFCC? Colega R&R Asociación Publicación Sitio Web Otro _____

¿Es Ud. miembro de alguna asociación de cuidado infantil? Si No Local Estatal Nacional Nombre: _____

¿Qué beneficios de la asociación le interesan? Entrenamiento Apoyo Boletín Descuentos Otro _____

¿Es Ud. Proveedor de Cuidado Infantil Familiar? Si No **Capacidad de Registro:** Infantes 1-2 3-4 Niños Pequeños 1-4 5-8
Preescolares 1-4 5-8 Edad Escolar 1-4 5-8 9+

¿Es Ud. Proveedor de Cuidado Infantil Familiar/Grupo? Si No **Capacidad de Registro:** Infantes 2 4 6 Otro _____
Niños Pequeños 4-7 8-10 Preescolares 4-7 8-10
Edad Escolar 4-7 8-10 11+

Marque todo lo que tenga: Licencia Registro Certificado Credencial Acreditación CDA Otro _____

¿Participa Ud. en el Programa de Comida CACFP? Si No

¿Trabaja Ud. para alguna agencia? Si No Si trabaja, favor especificar R&R CACFP Licencias Otra _____

¿Es Ud. un oficial o empleado de alguna asociación? Si No Si lo es, favor de especificar Local Estatal Nacional

¿Es Ud. Un Observador de Acreditación por la NAFCC? Si No

Sólo para Obtener Información Demográfica

¿Cómo se describiría usted? (Favor de seleccionar solo un grupo étnico)

- Indígena Americano o Nativo de Alaska
- Asiático o de Las Islas del Pacífico
- Negro, no de origen Hispano
- Hispano
- Blanco, no de origen Hispano

.....
 Masculino Femenino

¿Es usted fluente en... Inglés? Si No en Español? Si No

¿Es usted fluente en otro idioma? Si No ¿Cuál? _____

Años de experiencia cuidando niños: 1-5 6-10 11-15 16-20 21-30 31+

Nivel más alto de Educación: Menos de la Secundaria Secundaria
 Algo de Universidad Un Asociado Grado Profesional Maestría
 Doctorado Otro _____

Edad: 18-24 25-29 30-39 40-49 50-59 60+

Ingreso Familiar: Menos de 15,000 15,000-30,000 30,000-45,000
 45,000-60,000 60,000-75,000 75,000-90,000 90,000+

¿Le interesaría servir en alguno de los siguientes Comités de la NAFCC? (Marque todo lo que aplique)

- Acreditación Apoyo a la asociación & ALI Conferencia Diversidad e Inclusión Recaudación de Fondos
- Historiador Membresía Boletín Nominaciones Desarrollo Organizacional
- Desarrollo Profesional (PDI) Póliza Pública Relaciones Públicas Representantes Regionales

Favor de marcar su categoría de membresía:

- Membresía Individual:** \$ 35.00
 Proveedor Padre Intercesor
- Membresía de Asociación:** (solo para asociaciones de cuidado infantil familiar estatales y locales) \$50.00
- Agencia de Cuidado Infantil:** \$100.00

Método de Pago (favor de marcar uno):

Cheque Giro postal o Cargue a la Visa Mastercard

Fecha de Vencimiento _____

Tarjeta de Crédito # _____

Firma _____

Nombre en la Tarjeta _____

Favor de hacer el cheque o giro postal a nombre de la NAFCC (Solo \$ de USA). Envíe a: 1743 W. Alexander St. • Salt Lake City, Utah 84119