

Aplicación de Acreditación de la NAFCC

Nota: Para aplicar para la acreditación, las proveedoras necesitan haberlas inscritas en estudio personal o ser proveedoras que solicitan la re-acreditación que completaron su actualizaciones de acreditación

Al entregar esta aplicación está demostrando su obligación de completar el proceso de acreditación. Usted cree que cumple con todo el criterio de elegibilidad, ha completado los requisitos de la aplicación, cumple con las Normas de Calidad, y ha planeado cuando podría tener una visita de observación.

Asegúrese de que llena la aplicación por completo y que incluyen todo que la aplicación requiere. Entregar un paquete de aplicación incompleto retrasará el proceso de acreditación e incurrirá cuotas adicionales.



C r i t e r i o d e E l e g i b i l i d a d

- Tener por lo menos 21 años de edad
- Tener un diploma de colegio (high school) o el equivalente (GED)
- Proveer cuidado infantil por un mínimo de 15 horas a la semana
- Proveer cuidado a un mínimo de tres niños en un ambiente familiar. Por lo menos un niño necesita vivir afuera del 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 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 reguladora autorizada
- Cumplir con todas las regulaciones de la agencia reguladora autorizada
- Tener una historia favorable de antecedentes penales estatales y federales
- Estar de buena salud para proveer un ambiente estable y enriquecedor para los niños
- Mantener certificación vigente de Primeros Auxilios y RCP pediátricos
- Cumplir con el código de ética y conducto de NAEYC

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

R e q u i s i t o s d e l a A p l i c a c i ó n

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aplicación <input type="checkbox"/> Cuota de la aplicación <input type="checkbox"/> Membresía de la NAFCC (si quiere las cuotas del descuento) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Co-Proveedor <input type="checkbox"/> Licencia de cuidar niños vigente <input type="checkbox"/> Forma de evaluación de salud (dentro de 2 años) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Co-Proveedor <input type="checkbox"/> Asistentes <input type="checkbox"/> Forma de detección de TB (dentro de 2 años) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Co-Proveedor <input type="checkbox"/> Asistentes | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Primeros Auxilios y RCP pediátricos vigentes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Co-Proveedor <input type="checkbox"/> Asistentes <input type="checkbox"/> Antecedentes penales estatales y federales (dentro de 3 años) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Co-Proveedor <input type="checkbox"/> Asistentes <input type="checkbox"/> Adultos de 18+ años en el hogar de CCF (Cuidado Infantil Familiar) <input type="checkbox"/> Registro de entrenamiento y documentos de verificación (dentro de 3 años) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Co-Proveedor |
|---|---|

Aplicación de Acreditación de la NAFCC

I n f o r m a c i ó n d e l C a n d i d a t o		
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 Militar		Prefiero los materiales en <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Necesito observador bilingüe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Estoy en el proceso de Acreditación de la NAFCC con una agencia/proyecto/mentor		Por favor complete esta sección si está recibiendo asistencia técnica/financiera o un reembolso.
Nombre de la agencia/proyecto/mentor _____		
Nombre de contacto _____	Dirección _____	
Teléfono _____	Correo Electrónico _____	
¿Tiene una membresía individual vigente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuota de membresía incluida (\$45)	¿Tiene más de 21 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estoy aplicando por mi... <input type="checkbox"/> 1era Acreditación <input type="checkbox"/> Re-acreditación Mi acreditación actual expira ____ / ____ / ____ He sido acreditada ____ veces
Educación (marque todo lo que aplica): <input type="checkbox"/> Menos de colegio (high school) <input type="checkbox"/> Diploma de colegio <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Asociado _____ Año Obtenido _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura _____ Año Obtenido _____ <input type="checkbox"/> Maestría _____ Año Obtenido _____ <input type="checkbox"/> Doctorado _____ Año Obtenido _____		
<input type="checkbox"/> Tengo una Credencial de Cuidado Infantil Familiar de CDA vigente (Child Development Associate)		
¿Por cuánto tiempo ha cuidado niños en un ambiente familiar por paga? <input type="checkbox"/> Menos de 12 meses. ¿Cuántos meses? _____ <input type="checkbox"/> 12 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 ¿Cuántos niños están inscritos en su programa? _____ ¿Cuántos de esos niños viven fuera de su casa? _____		¿Está 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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está presente y activamente involucrada con los niños por lo menos 80% de las horas en que su programa está abierto, o por lo menos 60% si tiene un co-proveedor? <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, cuándo, cómo se resolvió, y toda la correspondencia de la agencia regulatoria.

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

Consentimiento de Licencia

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 tiene que verificar que el candidato esté cumpliendo con todas las regulaciones del cuerpo regulatorio autorizado. La mayoría de los departamentos 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.

Favor de proveer información completa y correcta para evitar retrasos en su proceso de acreditación



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 NAFCC sobre cualquier alegación pasada, queja no resuelta y/o asuntos de no cumplimiento respecto a mi programa de cuidado infantil dentro de 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.

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

Agencia Licenciadora

Contacto en la Agencia

Correo Electrónico (requerido)

Teléfono

Fax (requerido)

Dirección de la Agencia

de Licencia

Ciudad

Estado

Código Postal

Firma de la Proveedora

Fecha

NAFCC
 700 12th Street NW Suite 700
 Washington, DC 20005
 Teléfono: 202-795-5700
 Fax: 801-886-2325
 Correo Electronico: Accreditation@nafcc.org
www.nafcc.org

¿Hay otros adultos mayores de 18+ años que viven en su hogar? Sí No

Si es así, ponga los nombres abajo y entregar una revisión de antecedentes penales estatales y federales (con una fecha dentro de los últimos 3 años) para todos los adultos mayores de 18+ años que viven en su hogar.

Nombre	Nombre
Nombre	Nombre
Nombre	Nombre
Nombre	Nombre

¿Tiene asistentes? Sí No

Si es así:

Ponga sus nombres abajo y complete el horario del asistente/co-proveedor en la página 6

Los asistentes tienen por lo menos 16 años y trabajan bajo la supervisión de una proveedora. No se les deja encargados a menos que cumplan con todos los requisitos de sustitutos (Norma de Calidad *5.34).

Entregue lo siguiente para todos los asistentes:

- Primeros Auxilios y RCP Pediátrica vigentes
- Forma de evaluación de salud (dentro de 2 años)
- Forma de detección de TB (dentro de 2 años)
- Revisión de antecedentes penales estatales y federales (con una fecha dentro de los últimos 3 años)

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

Nombre	Nombre
Nombre	Nombre
Nombre	Nombre
Nombre	Nombre

¿Tiene sustitutos? Sí No

Si es así, entregue una revisión de antecedentes penales estatales y federales (con una fecha dentro de los últimos 3 años) y ponga sus nombres abajo

Nombre	Nombre
Nombre	Nombre
Nombre	Nombre
Nombre	Nombre

¿Tiene un co-proveedor? Si No

Si es así, usted y su co-proveedor necesitan :

- Completar el horario del asistente/co-proveedor en la página 6
- Completar la certificación en la página 12

Su co-proveedor necesita:

- Completar la información del co-proveedor abajo
- Incluir la cuota de co-proveedor

Los Co-proveedores son dos proveedores que comparten igualmente las decisiones y responsabilidades. Cada co-proveedor debe estar presente y activamente involucrada con los niños por lo menos 60% del tiempo en que ofrecen cuidado. Los co-proveedores necesitan entregar todo que requiere la aplicación.

I n f o r m a c i ó n d e l C o - P r o v e e d o r		
Nombre	Inicial	Apellido
¿Tiene una membresía individual vigente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuota de membresía incluida (\$45)		¿Tiene más de 21 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Educación (marque todo lo que aplica): <input type="checkbox"/> Menos de colegio (high school) <input type="checkbox"/> Diploma de colegio <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Asociado _____ Año Obtenido _____ <input type="checkbox"/> Licenciatura _____ Año Obtenido _____ <input type="checkbox"/> Maestría _____ Año Obtenido _____ <input type="checkbox"/> Doctorado _____ Año Obtenido _____		
¿Por cuánto tiempo ha cuidado niños en un ambiente familiar por paga? <input type="checkbox"/> Menos de 12 meses. ¿Cuántos meses? _____ <input type="checkbox"/> 12 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		
¿Está presente y activamente involucrado con los niños por lo menos 60% de las horas en que su programa está abierto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

H o r a r i o d e l a P r o v e e d o r a / A s i s t e n t e / C o - P r o v e e d o r a							
Liste su nombre y los nombres de todos sus asistentes y co-proveedora (si se aplica) y sus horarios diarios.							
Nombre	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Ej. Juana Pérez	7 am/pm -1 am/pm	7 am/pm -1 am/pm	1 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	__ 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

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

I n f o r m a c i ó n d e l p r o g r a m a							
<input type="checkbox"/> Mi programa opera 12 meses al año				<input type="checkbox"/> Mi Programa opera menos de 12 meses/año Favor de indicar la fecha de comienzo y final del programa. Fecha de comienzo / / Fecha de terminar / /			
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 que tienen programado regularmente							
Ejemplo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Biblioteca							
__ 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 familiar, por ejemplo su familia, padres, voluntarios, especialistas en programas, niños no matriculados en el programa?

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

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Nombre (Ej)	Rosa López						
Papel	Maestra de Música						
Horario	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	__ am/pm __ am/pm
Nombre							
Papel							
Horario	__ 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
Nombre							
Papel							
Horario	__ 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
Nombre							
Papel							
Horario	__ 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
Nombre							
Papel							
Horario	__ 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
Nombre							
Papel							
Horario	__ 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
Nombre							
Papel							
Horario	__ 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
Nombre							
Papel							
Horario	__ 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
Nombre							
Papel							
Horario	__ 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
Nombre							
Papel							

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

I n f o r m a c i ó n A d i c i o n a l

¿Hay algo más que la NAFCC y el observador necesita saber para prepararse observar su programa? Por ejemplo, si hay otros adultos en el programa y necesita dar una mejor descripción de sus papeles, o si hay otro programa en su hogar que es separado del suyo?

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

I n f o r m a c i ó n d e M a t r i c u l a c i ó n d e l o s N i ñ o s												
Número de niños matriculados _____			Número de familias matriculadas _____									
Indique el número de niños matriculados en cada grupo de edad.												
Bebés _____ Niños Pequeños _____			Preescolares _____			Edad Escolar _____						
(nacimiento a 1er cumpleaños) (1er a 3er cumpleaños)			(3-5 años)			(6-12 años)						
<p>Matriculación: Liste cada niño matriculado en su programa por su nombre, fecha de nacimiento, su horario semanal y fecha de matriculación original. Indique los días de la semana de lo cual cada niño asiste y el total de niños que están en el cuidado en la parte inferior de la página. Si el niño es hermano de otro en el programa, favor de indicar el nombre del hermano. Los hermanos deben ser listados en su propia línea con su fecha de nacimiento y horario propio. También indique si cualquiera de los niños son los de la proveedora.</p>												
Nombre del Niño Matriculado	Fecha de Nacimiento	Horario Semanal							Fecha de Matriculación Original	Nombre del Hermano	Hijo del Proveedor Si/No	
		Horas										
		Días										
		l	m	j	v	s	d					
(Ej.) Adriana	5/13/08	√			√				7:00am-5:00pm	11/2007	n/a	no
(Ej.) Joel	10/6/09				√	√	√		10:00am-3:00pm	2/2010	n/a	no
Total # de los niños por día		l-	m-		m-		j-	v-	s-	d-		

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

Información de Matriculación de los niños												
Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	Horario Semanal								Fecha de Matriculación Original	Nombre del Hermano	Hijo del Proveedor Si/No
		Días				Horas						
		l	m	j	v	s	d					
Total # de los niños por día <u>sólo para esta página</u> .			l-		m-		j-		v-		s-	d-
Total # de niños por día. Añadir las dos páginas.			l-		m-		j-		v-		s-	d-

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

Información para el Observador
Entorno del Programa (marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Suburbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Base Militar <input type="checkbox"/> Comunidad Cercada Si vive en una base militar o comunidad cercada, indique abajo (o adjunte) cómo el observador puede obtener acceso a su comunidad 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 necesita el día de la visita. Por ejemplo, “estacionese en el lote al cruzar la calle,” “estacionese en la acera de la cochera a la izquierda de la propiedad,” “tendrá que estacionarse en un parquímetro y necesitará monedas.”
<h1>FOR TRAINING PURPOSES ONLY</h1>
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.

Certificación de la Proveedorora	
<input type="checkbox"/>	Certifico que toda la información provista es vigente y completa. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Certifico que cumpro con todos los requisitos de elegibilidad. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Certifico que he leído el código de ética y conducto de NAEYC y estoy de acuerdo en cumplir a sus normas. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Entiendo que necesito entregar la aplicación completa, todos los documentos requeridos y las cuotas aplicables. El no entregar una aplicación completa puede resultar en la suspensión de mi proceso y puedo incurrir cuotas adicionales. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Entiendo que las cuotas de la aplicación no son reembolsables. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Entiendo que la NAFCC 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.)
<input type="checkbox"/>	Autorizo a la NAFCC a proveer mi nombre, dirección, y número de teléfono a personas que busquen proveedores acreditados.
Firma de la Proveedorora:	Fecha:

Certificación de la co-proveedorora	
FOR TRAINING PURPOSES ONLY	
<input type="checkbox"/>	Certifico que toda la información provista es vigente y completa. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Certifico que cumpro con todos los requisitos de elegibilidad. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Certifico que he leído el código de ética y conducto de NAEYC y estoy de acuerdo en cumplir a sus normas. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Entiendo que necesito entregar la aplicación completa, todos los documentos requeridos y las cuotas aplicables. El no entregar una aplicación completa puede resultar en la suspensión de mi proceso y puedo incurrir cuotas adicionales. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Entiendo que las cuotas de la aplicación no son reembolsables. (Esta caja debe ser marcada.)
<input type="checkbox"/>	Entiendo que la NAFCC 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.)
<input type="checkbox"/>	Autorizo a la NAFCC a proveer mi nombre, dirección, y número de teléfono a personas que busquen proveedores acreditados.
Firma de la Proveedorora:	Fecha:

Información de Investigación	
Las siguientes preguntas son para información de investigación solamente y no se considerarán al determinar la elegibilidad o estatus de la proveedora. Se aprecia el que complete esta sección.	
¿Hay asistencia disponible en su área para proveedoras de cuidado infantil familiar recibir ayuda a pagar las cuotas de acreditación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Recibió ayuda para pagar cualquiera de sus cuotas de acreditación? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
¿Qué tanta ayuda recibió para pagar sus cuotas de acreditación? 25% o menos <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/>	
¿Hay apoyo (aparte de la ayuda con las cuotas de acreditación) disponible para asistir a proveedoras de cuidado infantil familiar en su área que están buscando la 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Recibió apoyo para la acreditación (aparte de ayuda con las cuotas de acreditación)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> En mi residencia <input type="checkbox"/> En la residencia de alguien más <input type="checkbox"/> En un hogar donde nadie reside <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	
¿En cuántos idiomas es fluente? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	
¿Cuántos niños en su programa hablan los siguientes idiomas? _____ Inglés _____ Español _____ Otro (especifique) _____	
¿Cuántos niños en su programa son...? _____ Nativos Americanos o de Alaska _____ Asiáticos 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? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Trabajadores Migrantes <input type="checkbox"/> Padres adolescentes <input type="checkbox"/> Padres solteros <input type="checkbox"/> Familias sin hogar <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	
¿Cuántos niños reciben ayuda financiera para asistir a su programa? _____ Becas _____ Tarifas Escalonadas _____ Subsidio Público	
¿Cuántos asistentes en su programa tienen créditos de cursos a nivel universitario? _____ Menos de 6 unidades _____ 6-9 unidades _____ 10-24 unidades _____ Asociado _____ Bachillerado _____ Maestría o más alto	
¿Cuántos asistentes tiene en cada grupo de edad? _____ menos de 18 _____ 18-21 _____ 22-30 _____ 31-40 _____ 41-50 _____ 51+	

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

I n f o r m a c i ó n d e P a g o

Nota: Para aplicar para la acreditación, las proveedoras necesitan haberlas inscritas en estudio personal o ser proveedoras que solicitan la re-acreditación que completaron sus actualizaciones de acreditación

Favor de enviar la Aplicación de Acreditación de la NAFCC completa con el pago a:	Contacte a la NAFCC
NAFCC 700 12th Street NW Suite 700 Washington, DC 20005	Teléfono: 202-796-5700 Fax: 801-886-2325 accreditation@nafcc.org www.nafcc.org

Las cuotas no son reembolsables o transferibles.

Miembro <input type="checkbox"/> \$45 Cuota de Renovación de Miembro <input type="checkbox"/> \$525 Cuota de Aplicación <input type="checkbox"/> \$100 Cuota del Co-Proveedor Cantidad total \$_____	No Miembro <input type="checkbox"/> \$735 Cuota de Aplicación <input type="checkbox"/> \$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) _____

FOR TRAINING PURPOSES ONLY

Número de tarjeta # _____	Fecha de Expiración _____
---------------------------	---------------------------

Nombre en la Tarjeta (favor de escribir en letra imprenta) _____

Dirección de Facturación _____

Ciudad _____	Estado _____	Código _____
--------------	--------------	--------------

Firma _____

¡La NAFCC se hace ecologista! ¿Nos proveyó su correo electrónico? Reciba actualizaciones de acreditación, información en cuanto a su proceso, y promociones especiales vía correo electrónico.

Asegúrese de tener una dirección de correo electrónico válida para no perder esta oportunidad.
Agráguenos a su lista de remitentes seguros.

Correo Electrónico _____	Numero de telefono _____
--------------------------	--------------------------