



# **Race to the Top Early Learning Challenge**

Un sistema piloto de calificación y  
mejoramiento de cuidado infantil

## **Solicitud para Hogares de Cuidado Infantil**



**Los Angeles County Office of Child Care**  
222 South Hill Street, 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90012  
(213) 974-4103  
[www.childcare.lacounty.gov](http://www.childcare.lacounty.gov)

[Esta página se dejó en blanco intencionalmente]



# Race to the Top – Early Learning Challenge Pilot: Solicitud Para Hogares de Cuidado Infantil

## For Office Use Only

Confirmation:  Call  Email  
 Application Date Received: \_\_\_\_\_  
 Application:  Complete  Incomplete  
 CCLD Office:  NW  E  Passed  Failed  
 Date Sent: \_\_\_\_\_ Received: \_\_\_\_\_  
 Program referred to Orientation

## INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR DE CUIDADO INFANTIL

1A. Nombre de negocio de cuidado infantil: \_\_\_\_\_  
 (Como se muestra en la licencia de cuidado infantil)

1B. ¿Opera su negocio de cuidado infantil bajo otro nombre diferente?  Sí  No

Nombre usado: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_  
 (Número y calle) (Ciudad) (Código postal)

3. Número de licencia de cuidado infantil: \_\_\_\_\_

4A. Fecha en que obtuvo su licencia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 4B. Capacidad de licencia: \_\_\_\_ niños  
 (Mes) (Día) (Año)

4C. Adjunte una copia de su licencia de cuidado infantil (expedida por la División de Licencias de Cuidado Comunitario). Nota: Usted debe estar licenciado por lo menos un año para participar en el piloto RTT-ELC.



Sí, he adjuntado una copia de mi licencia de cuidado infantil a esta solicitud.

5A. Este programa opera:  Todo el año -O-  Durante el calendario escolar  
 Indique los meses: \_\_\_\_\_

5B. ¿Qué días y horas está su negocio de cuidado infantil abierto? Marque todos los días que apliquen:

Lunes \_\_\_\_\_ a.m. a \_\_\_\_\_ p.m.  Martes \_\_\_\_\_ a.m. a \_\_\_\_\_ p.m.  Miércoles \_\_\_\_\_ a.m. a \_\_\_\_\_ p.m.  Jueves \_\_\_\_\_ a.m. a \_\_\_\_\_ p.m.

Viernes \_\_\_\_\_ a.m. a \_\_\_\_\_ p.m.  Sábado \_\_\_\_\_ a.m. a \_\_\_\_\_ p.m.  Domingo \_\_\_\_\_ a.m. a \_\_\_\_\_ p.m.

6. ¿Qué idiomas se hablan cotidianamente como parte de su negocio de cuidado infantil? Marque todos los que apliquen:

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Armenio               | <input type="checkbox"/> Japonés           | <input type="checkbox"/> Ruso       |
| <input type="checkbox"/> Árabe                 | <input type="checkbox"/> Farsi             | <input type="checkbox"/> Tagalo     |
| <input type="checkbox"/> Chino                 | <input type="checkbox"/> Khmer (Camboyano) | <input type="checkbox"/> Español    |
| <input type="checkbox"/> Inglés                | <input type="checkbox"/> Coreano           | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Otro idioma(s): _____ |  |                                     |

7. ¿Su negocio de cuidado infantil tiene una dirección de sitio web?  Sí  No  
 Dirección del sitio web: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEDOR (LICENCIATARIO)

8. Proveedor/Licenciario: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Apellido)

Fecha que usted comenzó a trabajar en el campo de la educación infantil: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Mes) (Año)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género:  M  F  
(Mes) (Día) (Año)

Origen étnico:  Indio Americano/Nativo de Alaska  Hispano/Latino  Multirracial  
 Asiático  Islas del Pacífico  Otro(s)  
 Negro/Afro Americano  Blanco/Caucásico  Desconocido

Número de identificación de contribuyente (*proporcionar sólo uno Y adjuntar una copia*):

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
-O-

Número de identificación patronal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



Sí, he adjuntado una copia de mí SSN –o- EIN (por sus siglas en ingles).

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

9. Persona de contacto alternativo: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Apellido)

Título: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE FUENTES DE FINANCIAMIENTO

10A. ¿Cuáles son las fuentes de financiación de su negocio de cuidado infantil? Marque todos los que apliquen:

- FCCHEN (por sus siglas en inglés)
- Pago alternativo-(*Alternative Payment*- AP Voucher Program/CalWORKs por sus siglas en inglés) **Nota:** Marque esta casilla si, por ejemplo, usted recibe pago de su agencia local de Recursos y Referencias.
- Departamento de servicios de niños y familias (DCFS por sus siglas en inglés)
- Otro: \_\_\_\_\_

Honorarios de padres; Complete la siguiente tabla si cobra a los padres:

	Honorarios de padres semanal por grupo de edad		
	Infantiles	Empiezan andar	Preescolar
Cuidado a tiempo parcial (menos de 30 horas)	\$	\$	\$
Cuidado a tiempo completo (más de 30 horas)	\$	\$	\$

**10B. ¿Cuál de las siguientes opciones indica su ingreso anual (antes de pagar impuestos) de su empleo en la educación temprana de niños? Marque solo una casilla:**

- Less than \$10,000   
  \$10,000-\$30,000   
  \$30,000-\$50,000   
  \$50,000-\$80,000  
 \$80,000-\$100,000   
  \$100,000-\$120,000   
  \$120,000-\$150,000   
  Over \$150,000

**INFORMACIÓN DEL PROGRAMA Y LOS NIÑOS**

**11A. En el pasado, su negocio de cuidado infantil ha servido a niños que están:**

- Bajo la protección del estado-* (DCFS por sus siglas en inglés)   
  *Recibiendo asistencia pública-* (CalWORKS por sus siglas en inglés)   
  *Bajos ingresos*  
 *Desarrollo de lenguaje dual*  
 *Necesidades especiales*

**11B. Por favor indique cuántos niños de cada categoría, en la actualidad, están siendo servidos por su negocio de cuidado infantil:**

	<i>Bajo la protección del estado (DCFS por sus siglas en inglés)</i>	<i>Recibiendo asistencia pública (CalWORKS por sus siglas en inglés)</i>	<i>Bajos ingresos</i>	<i>Desarrollo de lenguaje dual</i>	<i>Necesidades especiales</i>
Número de niños:					

**12. ¿Cuántos niños de las siguientes edades están actualmente bajo su cuidado:**

Menores de 3 años: \_\_\_\_\_ 3 años a 5 años: \_\_\_\_\_ 6 años y mayores: \_\_\_\_\_

**13. ¿Utiliza un (currículo) en su programa de cuidado infantil?  Sí  No**

Nombre de currículo: \_\_\_\_\_

**14. ¿Está participando en el programa AB 212 (también conocido como el programa Investing in Early Educators-Stipend Program)?  Sí  No  No estoy seguro**

**15. ¿Participa en el programa LAUP ASPIRE (por sus siglas en inglés)?**  
 Sí     No     No estoy seguro

16. ¿Está su negocio de cuidado infantil acreditado por la Asociación Nacional Para el Cuidado Infantil (NAFCC)?  Sí  No

17. ¿Tiene seguro de responsabilidad\* para su negocio de cuidado infantil?  Sí  No

*Nota: Si marco "No", su programa tendrá que adquirir un seguro de responsabilidad para aceptar subvenciones para el mejoramiento de su negocio de cuidado infantil de parte de nuestra oficina. Se proporcionará más información sobre este requisito luego, durante su orientación del piloto RTT-ELC.*

18. Si emplea asistentes, ¿tiene seguro de compensación al trabajador para su negocio de cuidado infantil?

Sí  No  N/A (No emplea asistentes)

*Nota: Si marco "No", su programa necesitará comprar seguro de compensación al trabajador con el fin de aceptar subvenciones de RTT-ELC piloto. Se proporcionará más información sobre este requisito durante su reunión de orientación del piloto RTT-ELC.*

### AUTO-CERTIFICACIÓN DEL CUPLIMIENTO CON ESTÁNDARES DE LICENCIATURA

¿Ha tenido su negocio de cuidado infantil cualquiera de las siguientes infracciones de licenciatura en los últimos 12 meses?

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Una conferencia de incumplimiento .....                                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2) Una acción administrativa tomada (o está en el proceso de ser tomada)..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3) Una licencia condicional.....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4) Violación de cero tolerancia.....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Yo certifico que esta información es verdadera y correcta: \_\_\_\_\_  
(Iniciales del proveedor)

### CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

Al completar y enviar esta solicitud, declaro mi intención de participar plenamente en el piloto de RTT-ELC de la Oficina de Cuidado Infantil del Condado de Los Ángeles hasta Diciembre del 2015. Certifico que, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, la información presentada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Favor de enviar su solicitud del piloto RTT-ELC por correo o por fax a:**

Los Angeles County Office of Child Care  
C/O RTT-ELC Pilot – Helia Castellon  
222 South Hill Street, 5<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90012  
Fax: (213) 217-5106

**Si tiene cualquier pregunta:** Favor de llamar a Helia Castellon al (213) 974-1188 o enviar un correo electrónico a [hcastellon@ceo.lacounty.gov](mailto:hcastellon@ceo.lacounty.gov)