



**Sólo para uso en la oficina**

Número: \_\_\_\_\_

Consultor Técnico: \_\_\_\_\_

### HOJA DE INICIO -- CENTROS DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR

La Asociación Juntos Apoyando Familias (SFTA) tiene un contrato con el estado de Wisconsin para proporcionar asistencia gratuita limitada para ayudarle a obtener su licencia de cuidado infantil. El contrato prevé que un consultor técnico revise un borrador de la política que desarrolla, soporte telefónico y por correo electrónico, y una visita a su sitio. La información útil de autoayuda está disponible en nuestro sitio web: [www.supportingfamielstogether.org](http://www.supportingfamielstogether.org). Si desea más soporte, hay servicios adicionales disponibles para su compra a través de SFTA. Tiene 9 meses a partir de la fecha en que SFTA recibe su hoja de trabajo para completar el proceso de inicio de la licencia previa, incluyendo la revisión de la política y la firma de visitas al sitio en su ubicación propuesta. Favor de Proporcionar la siguiente información para ayudar a su consultor a ayudarle de manera más eficiente.

Envíe por correo electrónico este formulario completo a [info@supportingfamielstogether.org](mailto:info@supportingfamielstogether.org) O por correo a **SFTA, 700 Rayovac Dr., Suite 6, Madison, WI 53711.**

**Nota: Esta hoja de trabajo no es la aplicación de licencia. Más bien, es su primer paso en el camino hacia la licencia.**

Si tiene alguna pregunta, por favor llama al 1 (888) 713-KIDS (5437) o visitar [www.supportingfamielstogether.org](http://www.supportingfamielstogether.org)

Nombre de la empresa de cuidado infantil familiar propuesto (opcional): \_\_\_\_\_

Persona de contacto (solicitante): \_\_\_\_\_

Dirección de la calle del centro de cuidado infantil: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo/celda/otro número: \_\_\_\_\_

El mejor momento para ponerse en contacto con usted entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m.: \_\_\_\_\_

¿en qué número? \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

1. Tipo de servicios de cuidado infantil familiar que planea ofrecer (marque todos los que correspondan):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de día completo              | <input type="checkbox"/> Sólo en verano                                |
| <input type="checkbox"/> Cuidado a día parcial                | <input type="checkbox"/> Noche/Noche                                   |
| <input type="checkbox"/> Atención antes/después de la escuela | <input type="checkbox"/> Fin de Semana                                 |
| <input type="checkbox"/> Sólo en el año escolar               | <input type="checkbox"/> Inclusión de niños con necesidades especiales |
| <input type="checkbox"/> Año completo                         |  |

2. Grupos a los que planea servir (marque todos los que correspondan):

- Infantes/párvulos (niños menores de 2 años)
- Preescolar (niños de 2 a 4 años)
- Edad escolar (niños de 5 a 12 años)

3. ¿Actualmente es un proveedor de cuidado infantil certificado por el condado?

- Sí ¿Desde qué fecha? \_\_\_\_\_
- No

4. ¿Ha asistido a una Sesión De Información de Cuidado Infantil Regulada?  Sí  No

5. ¿Cuándo espera recibir su licencia? (6 meses o más del envío de esta hoja de trabajo es típico)

Mes: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

6. ¿Dónde proporcionará el cuidado?

**NOTA:** Si va a utilizar un espacio que no es una residencia de 1 o 2 familias, se requerirá una inspección del edificio, y las ordenanzas de zonificación locales deben ser obedecidas. Vea el recinto en el paquete de licencias para más información sobre esto. Informe al propietario. Los propietarios tienen derecho a denegar el permiso para usar el hogar para un negocio de cuidado infantil familiar.

- Apartamento/condominio
- Dúplex
- Hogar unifamiliar
- Otro tipo de edificio: \_\_\_\_\_

¿En qué nivel(s) de su hogar brindará el cuidado?  1<sup>st</sup> piso  2<sup>o</sup> piso  Sótano/nivel inferior

¿Tiene 35 pies cuadrados de espacio en el piso interior para que cada niño juegue (280 pies cuadrados como mínimo para 8)?

- Sí
- No

¿Tiene 75 pies cuadrados de espacio de juego al aire libre seguro para cada niño (600 pies cuadrados como mínimo para 8)?

- Sí
- No

7. ¿Cuál es su fuente de agua?

- Sistema público de agua
- Pozo privado (se necesita prueba de bacterias; prueba de nitrato si se autoriza para bebés menores de 6 meses)

8. ¿Está cercado tu espacio al aire libre?  Sí  No Si no, ¿puede instalar uno si es necesario? \_\_\_\_\_

9. ¿Qué mascotas tienes, si las hay? \_\_\_\_\_

¿Tendrán algún contacto con los niños? \_\_\_\_\_

10. ¿Ha leído el folleto "Elegir lugares seguros" y se le ha enviado por correo la lista de verificación voluntaria?  Sí  No

11. ¿Cuántos hijos tienes? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles son sus edades? \_\_\_\_\_

12. Si ya estás cuidando a otros niños, ¿cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles son sus edades? \_\_\_\_\_

13. ¿Planea transportar a los niños en su propio vehículo?  Sí  No

14. ¿Cumple con los requisitos de educación? Marque todo lo que corresponda.

- He completado "Fundamentos de infantes e párvulos" (*Requerido para cuidar a los niños menores de 24 meses*)
- He completado "Introducción a la Profesión de Cuidado Infantil"
- He completado "Fundamentos del cuidado infantil familiar"

¿Qué agencia proporcionó las capacitaciones anteriores que ha completado? \_\_\_\_\_

- He completado 3 o más créditos de educación en la primera infancia en una universidad o universidad, que cuentan para cumplir con los requisitos mencionados anteriormente. ¿En qué escuela? \_\_\_\_\_
- Estoy inscrito para un curso de educación:

Nombre del curso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

- No he completado las capacitaciones, pero me he puesto en contacto con agencias que proporcionan las capacitaciones para aprender cuándo se les ofrecerá a continuación. (*Y nuestra agencia local de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R), universidad técnica, o la universidad puede proporcionarle esta información. Asegúrese de seleccionar los cursos aprobados por el DCF; su consultor técnico puede proporcionar información sobre estos.*)

15. ¿Sabe si es necesario uno de los servicios que planea ofrecer? Compruebe los grupos con los que se ha puesto en contacto.

- Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R)     Los padres que desean inscribir a sus hijos con usted
- Departamento de Servicios Humanos del Condado     Agente de Vida Familiar del Condado UW-Extension
- Otros programas/proveedores de cuidado infantil en su área     Empresas cuyos empleados necesitan cuidado infantil

16. ¿Ha presupuestado los costos de operar un programa con éxito? ¿Puedes cumplir con ellos? Marque todo lo que corresponda.

- Tengo fondos para comprar materiales de aprendizaje de alta calidad y equipos requeridos como extintores de incendios
- Puedo pagar el costo de instalar una cerca, si es necesario
- Revisé las tarifas actuales de cuidado infantil local (*su CCR&R local y el Departamento de Servicios Humanos del condado pueden ser buenas fuentes*)
- He estimado los costos de puesta en marcha y de operación a largo plazo, así como los ingresos potenciales realistas

17. ¿Cuándo consideró por primera vez proporcionar cuidado infantil con licencia, de quién buscó primero información?

\_\_\_\_\_

18. ¿Cuántos años de experiencia, si los hay, tiene en cuidado infantil con licencia o certificación? \_\_\_\_\_

**Sólo con fines de encuesta**

Un requisito de nuestro contrato con el Estado es presentar un análisis de los clientes a los que servimos. Se le invita a identificarse voluntariamente por género y grupo étnico racial, e indicar si tiene una discapacidad. SFTA asegura la confidencialidad de esta información excepto para los fines de satisfacer los requisitos de cumplimiento del contrato. Ningún cliente estará sujeto a un tratamiento adverso para proporcionar o negarse a proporcionar la información.

Género:     Femenina     Masculino     Otro: \_\_\_\_\_

Antecedentes raciales/étnicos:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco              | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska         |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino      | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Asiático (excepto Hmong)                   |
| <input type="checkbox"/> Dos o más razas     | <input type="checkbox"/> Hmong                                      |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____         |   |

Preferencia de idioma:     inglés     español     Otro: \_\_\_\_\_

Discapacidad, si la hay: \_\_\_\_\_