



Solicitud para ingresar a la Base de Datos Central
de Proveedores de Cuidado Infantil

**INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR
RENOVACIÓN**

Marcar si tiene dirección o teléfono nuevos ____

Nombre _____

Número de Servicio _____

Social _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Alternativo _____

Fax _____

Dirección de e-mail _____ Dirección del web _____

¿Qué categoría legal se aplica a su centro de cuidado infantil familiar?

____ Permisión del condado ____ Ciudad de Fairfax ____ Ft. Belvoir ____ Lic. del Estado (fechas)

Desde ____ Hasta ____

____ Falls Church ____ Sistema Familiar de Cuidado Infantil de Niños/Bebés

Acreditaciones _____ NAFCC _____ CDA _____ Fecha de Caducación _____

Asociación Nacional de Cuidado Infantil Familiar Credencial de Colegiado en Desarrollo Infantil

¿Tiene mascotas? ____ Sí ____ No Si la respuesta es sí, ____ Adentro ____ Sólo afuera

¿Puede ofrecer un ambiente libre de cigarrillo (nadie en su casa fuma)? ____ Sí ____ No

Su casa tiene: ____ ¿medios de transporte público cerca? ____ ¿Acceso para sillas de ruedas?

Participación en el Programa de Alimentos de USDA (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos)

____ Prog. de Alimentación Oficial del USDA ____ Otro Prog. de Alimentación del USDA ____

Ninguno

Indique cuál es la escuela primaria que corresponde a su barrio

Nombre de la escuela (escuela base) _____

Arancel de matriculación \$ _____ Un pago ____ Anual

ARANCELES

Marque todas las edades que atiende:

Aranceles Semanales por Cuidado

Infantil:

____ Bebés (recién nacidos – 15 meses) \$ _____ Kindergarten (60-71 meses) \$ _____ todo

el día

Infantes (16-23 meses) \$ _____ antes y después del jardín \$ _____
 Dos años (24-35 meses) \$ _____ Edad escolar (72m. a 13 años) \$ _____ todo

el día

Pre-escolares (36-47 meses) \$ _____ antes y después de la escuela \$ _____
 Pre-escolares (48-59 meses) \$ _____

Nivel de Atención

Horarios

Horario y días de atención, así como horarios alternativos ofrecidos

Horario de Atención: Abre _____ (mañana) Cierra _____ (tarde)

Edad mínima de inscripción _____ meses/años Edad máxima de inscripción _____ meses/años

Opciones de horario: día completo solamente día completo y medio día medio día solamente

Días de funcionamiento: Dom Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Opciones alternativas que podría considerar:

antes de la escuela fin de semana semana rotativa
 luego de la escuela feriados/vacaciones verano solamente
 antes/luego del jardín ocasionalmente/emergencia año escolar solamente
 horario extendido mañanas todo el año
 noches

Describa cualquier otra opción de atención ofrecida:

SERVICIOS ESPECIALES

Experiencia o entrenamiento en la atención de niños con necesidades especiales Sí No

Marque si tiene experiencia o entrenamiento para ofrecer los siguientes tipos de atención especial:

Equipo especial/adaptable
(monitor de apnea, catéter, tubo de gastrostomía, nebulizador) Síndrome Down Discapacidad emocional/de aprendizaje
 Alergias (ADHD/ADD, autismo, comportamientos difíciles) Asma/problemas respiratorios Terapia física u ocupacional
 Impedimentos físicos (auditivo, motriz, Parálisis cerebral, trastornos neurológicos, epilepsia visual) Dietas especiales
 Retrasos en el desarrollo (lenguaje/habla) Diabetes Administración de medicinas

¿Está dispuesto a ofrecer atención para niños con enfermedades leves? (resfrío, infección de oído, fiebre, etc.) sí no

Idiomas: *Por favor marque los idiomas que habla:* ___ Inglés ___ Español ___ Vietnamita
___ Farsi ___ Coreano ___ Hindi ___ Punjabi Otro (especifique por favor)

¿Puede usar lenguaje para sordos? ___ sí ___ no

¿Ofrece transporte para los niños?

Otra escuela _____ hasta la escuela _____ desde la escuela
___ De la casa del niño a la escuela ___ sí ___ no
___ De su casa a la casa del niño ___ sí ___ no

Firma _____

Fecha _____

Al firmar esta solicitud para formar parte de la Base Central de Datos de Proveedores de Cuidado Infantil, entiendo que se pondrá al alcance del público la información sobre mi programa, mediante el sitio web central del Departamento Infantil (*Office for Children*) para Cuidado de Niños, así como en las listas solicitadas por los padres. También entiendo que el Departamento Infantil se reserva el derecho de retirar cualquier programa de atención infantil de su Base de Datos Central.

Por favor llamar a la oficina de Educación a la Comunidad y Servicio de Proveedores al (703) 324-8100 para cualquier pregunta. www.fairfaxcounty.gov/childcare

FAIRFAX COUNTY OFFICE FOR CHILDREN
12011 Government Center Parkway, 8th Floor, Suite 820
Fairfax, VA 22035-1104
Fax: (703) 324-3925

Para uso oficial solamente

CCMS# _____

Código en el mapa _____

Solicitud recibida _____

Fecha de ingreso en e CCMS _____