|  |  |
| --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Humanos de Tennessee****Solicitud de Renovación de Licencia para Operar una Agencia de Cuidado Infantil** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |       |       |
| Cuota regular de solicitud pagada | Cheque de caja / Giro postal n.º | Fecha | Recibo n.º |
|  |  |       |       |
| Bienal o Trienal – Saldo pagado Cuota de solicitud pagada | Cheque de caja / Giro postal n.º | Fecha | Recibo n.º |

**Instrucciones:** Esta solicitud se debe completar en su totalidad. **Añada páginas adicionales de ser necesario.** No deje ningún espacio en blanco. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, marque con un signo de interrogación "?". Si la pregunta no corresponde en su caso indique “N/A”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |    -   -     |
| Nombre de la Agencia de cuidado infantil | Número de FEID y extensión | Número de teléfono |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Dirección de la agencia | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |
| [ ]  La dirección postal es la misma que la dirección física de la agencia |
|  |  |  |  |
| Dirección postal de la agencia | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |

¿La agencia de cuidado infantil se encuentra en una residencia habitada? (En caso afirmativo, complete la sección sobre los miembros del núcleo familiar en la página 3)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del solicitante:  | Número de teléfono:    -   -     |
|  |  |  |  |    -   -     |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL | Teléfono |
|  |  |  |
| Número de licencia de conducción: | Estado emisor de la licencia de conducción: | Dirección de correo electrónico del solicitante o la agencia (si la tiene) |

Organización empresarial

**Para todos los tipos de organización marcados con \* se deben adjuntar copias de todos los informes presentados
a la oficina del Secretario de Estado.**

|  |
| --- |
| Nombre legal completo y denominación comercial del negocio:  |
| Organización jurídica (marcar sólo una): [ ]  Propietario único[ ]  Sociedad[ ]  Sociedad de responsabilidad limitada (L.L.P.)**\***[ ]  Agencia pública (todo o parte de la agencia es propiedad o es operada por una entidad del gobierno)

|  |  |
| --- | --- |
| Agencia del gobierno patrocinadora  | Nombre completo de la persona a contactar en la agencia:  |
|  |  |  |  |    -   -     |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL | Teléfono |

[ ]  Franquicia

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo de la empresa matriz  | Nombre completo de la persona a contactar en la corporación:  |
|  |  |  |  |    -   -     |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL | Teléfono |

[ ]  Corporación (marque una de las siguientes opciones) [ ]  Pública sin fines de lucro

|  |  |
| --- | --- |
| Agencia del gobierno patrocinadora  | Nombre completo de la persona a contactar en la agencia:  |
|  |  |  |  |    -   -     |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL | Teléfono |

 [ ]  Privada sin fines de lucro\* [ ]  Con fines de lucro\* [ ]  Corporación de responsabilidad limitada\*[ ]  Otro (describa la organización empresarial, adjuntar páginas adicionales si se necesita más espacio):

|  |
| --- |
|  |

**Si la solicitud es para re-licenciamiento:**

|  |
| --- |
| ¿Cambió de tipo de organización jurídica desde la emisión de la última licencia? [ ]  Sí [ ]  No |
| En caso afirmativo, indique el tipo de organización jurídica previa:  |

**Indique todos los propietarios (adjunte una lista de los propietarios adicionales):**

|  |
| --- |
| Nombre completo:  |
|  |  |  |  |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |
|    -   -     |    -   -     |    -   -     |
| Teléfono del trabajo | Teléfono de la casa | Otro teléfono |

**Indique los nombres, ubicaciones (ciudad/estado) y las fechas de los servicios para cada agencia de cuidado infantil de la que la persona haya sido propietario, operador, empleado, o voluntario:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres | Ubicaciones (Ciudad/ estado) | Fechas del servicio |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Indique todos los miembros de la autoridad de supervisión (por ejemplo, la Junta Directiva):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Puesto y Cargo:  | Teléfono del trabajo:    -   -     |
|  |  |  |  |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |

**Indique los nombres, ubicaciones (ciudad/estado) y las fechas de los servicios para cada agencia de cuidado infantil de la que la persona haya sido propietario, operador, empleado, o voluntario:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres | Ubicaciones (Ciudad/ estado) | Fechas del servicio |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Adjunte una lista de los miembros adicionales |

**Información de la solicitud inicial**

Completar esta sección si es una solicitud inicial para [ ]  Director (centro) [ ]  Cuidador primario (casa)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Educación: | [ ]  Diploma de equivalencia general o GED  | [ ]  Título de Bachillerato | [ ] Universitario | [ ]  (Asociado) | [ ]  (Licenciado) | [ ] (Maestría) | [ ] Otro |

**Nombre de la escuela** (Adjuntar copia del diploma / certificado / transcripción)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Nombre de la escuela  | Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |
| **Educación especializada** relacionada con el cuidado infantil:  |
| **Experiencia de trabajo con niños pequeños:** (Indique la experiencia más reciente primero, adjuntar páginas adicionales de ser necesario):  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |    -   -     |       a       |
| Empleador  | Persona a contactar | Número de teléfono: | Fechas de empleo |
|  |  |  |  |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |    -   -     |       a       |
| Empleador  | Persona a contactar | Número de teléfono: | Fechas de empleo |
|  |  |  |  |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |    -   -     |       a       |
| Empleador  | Persona a contactar | Número de teléfono: | Fechas de empleo |
|  |  |  |  |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |    -   -     |       a       |
| Empleador  | Persona a contactar | Número de teléfono: | Fechas de empleo |
|  |  |  |  |
| Calle y número | Ciudad | Estado | CÓDIGO POSTAL |

Adjuntar una copia de su currículum vitae si lo tiene disponible

**Referencias:** (Indique 3 referencias que no sean familiares con dirección completa y números de teléfono para llamar durante el día)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |    -   -     |
| Nombre | Dirección | Teléfono (con el código de área) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |    -   -     |
| Nombre | Dirección | Teléfono (con el código de área) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |    -   -     |
| Nombre | Dirección | Teléfono (con el código de área) |

**Miembros del núcleo familiar:** [La agencia funciona en la residencia habitada por el solicitante (Indique todos los miembros del núcleo familiar, incluidos los niños)]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |       |
| Nombre | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |       |
| Nombre | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |       |
| Nombre | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento |

# Programa y Servicios

|  |
| --- |
| A. Tipo de servicio que se brindará a los niños y padres:  |
| B. ¿Contrata a terceros para proporcionar algún programa o servicio? Ejemplo: Transporte; actividades físicas, de arte, o de tutoría [ ]  Sí [ ]  No Si la respuesta es sí, describa:  |
| C. Número y tipo de comidas y bocadillos que se servirán: |
| D. Requisitos de admisión y procedimientos de inscripción:  |
| E. Planes para atención médica de emergencia:  |
| F. Si la agencia proporciona transporte, describa los planes de transporte, los procedimientos y los vehículos utilizados para el transporte. Incluya el número de matrícula de todos los vehículos: |

|  |
| --- |
| G. Seguro |
| Seguro de responsabilidad civil del centro: Nombre de la aseguradora:  |
| Número de póliza:  | Fecha de vencimiento:       |
| Cobertura para pagos médicos del centro: Nombre de la aseguradora:  |
| Número de póliza:  | Fecha de vencimiento:       |
| Seguro de responsabilidad civil del vehículo: Nombre de la aseguradora:  |
| Número de póliza:  | Fecha de vencimiento:       |
| Cobertura para pagos médicos del vehículo: Nombre de la aseguradora:  |
| Número de póliza:  | Fecha de vencimiento:       |
|  |
| H. De conformidad con (indique): Sección 504 [ ]  Título VI, Acuerdo de Derechos Civiles [ ]  |
|  |
| I. ¿Ha habido algún cambio en las siguientes áreas en el año pasado?1. ¿Su agencia ha cambiado la política de admisión? [ ]  Sí [ ]  No
2. ¿Su agencia ha realizado algún cambio en la participación de los padres/las actividades educativas? [ ]  Sí [ ]  No

|  |
| --- |
| Si la respuesta es sí, explique:  |

 |
| 1. Horarios de funcionamiento
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| 1. Edades de los niños inscritos
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| 1. Uso de aulas
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| 1. Horarios de las aulas
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| 1. Filosofía o políticas del programa
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| 1. Programa de estudios utilizado con los niños
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| 1. Política o métodos de disciplina
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| 1. Otro (explique):
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| Si marcó sí en alguno de los incisos del 1 al 10, explique los cambios realizados:  |

## Alimentos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ¿Participa en el Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, en inglés)?
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| 1. ¿Participa en el Programa de Servicio de Alimentación de Verano (SFSP, en inglés)?
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| 1. Usted:
 | [ ]  ¿prepara y sirve comidas? |
|  | [ ]  ¿sirve comidas preparadas por un servicio de comidas? o |
|  | [ ]  exige que los niños traigan su propio almuerzo |
| 1. ¿Ha realizado algún cambio en la planificación y preparación de los alimentos (por ejemplo, nueva cocina, diferente cocinero o sitio de preparación) o en el servicio de alimentos (por ejemplo, donde los niños comen, supervisión de adultos)?
 | [ ]  Sí | [ ]  No |
| Si la respuesta es sí, describa:  |

## Cuidado de niños con necesidades especiales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Hay niños con necesidades especiales en su programa? | [ ]  Sí | [ ]  No |
| Si la respuesta es sí, describa las necesidades especiales:  |

**Participación en el Programa Calidad Estrella (Star Quality):**

Al momento de la presentación de la solicitud para renovación, las agencias de cuidado infantil con licencia reciben una Tarjeta de evaluación obligatoria. Si es elegible para recibir estrellas como resultado de dicha evaluación, la agencia puede optar por inscribirse en el programa de Calidad Estrella de Cuidado Infantil. Independientemente de si decide participar o no, de todas formas, debe someterse al proceso de evaluación y enviar la tarjeta de evaluación. Indique su preferencia de participación a continuación.

Si es elegible para recibir estrellas (indique su preferencia, marcando la casilla correspondiente aquí abajo):

[ ]  Deseo participar en el programa Calidad Estrella.

[ ]  Deseo participar en el programa Calidad Estrella, pero no deseo recibir bonificaciones por la Certificación de Cuidado Infantil de Calidad Estrella. (Las bonificaciones solo son aplicables para las agencias que participan en el Programa de Certificación de Cuidado Infantil)

[ ]  No deseo participar en el programa Calidad Estrella.

Entiendo que, al negarme a participar, no puedo anunciar mi agencia como participante del "programa Calidad Estrella":

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

Puesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGISTROS Y CUALIFICACIONES DEL PERSONAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y puesto del empleado | Fecha de comienzo del empleo | Fecha de recibo de carta de Autorización para trabajar | Horas de capacitación este año de la licencia | Años de experiencia | Máximo nivel de educación | CDA (Credencial de Asociado en Desarrollo Infantil) | Plan de desarrollo profesional | Fecha de examen físico | Fecha de orientación del personal | Reanimación cardiopulmonar para bebés y niños (CPR) | Primeros auxilios necesarios | Evaluación del personal | Verificación de empleo | Referencias | Horas y días trabajados | Alianza de TN para Capacitación en la Primera Infancia (TECTA) | Otro |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Modelo de plantilla

Use la tabla de la siguiente página para describir el modelo de plantilla del programa. Para cada hora del día, indique el número de niños matriculados en el grupo, los empleados asignados al grupo, y las horas trabajadas por cada uno de los empleados. Un grupo es el número de niños asignados a un empleado o equipo de empleados que ocupan un aula individual o espacio bien definido dentro de un salón más grande. Si su programa no está organizado en aulas independientes sino que emplea una estructura organizativa dentro de un espacio abierto, adjunte información clara acerca de la disposición del entorno (un plano de planta), y cómo se agrupan los niños en dicho espacio. Especifique cómo se cumplen los criterios del modelo de plantilla (proporción adulto/niño y tamaño del grupo) en este entorno. Vea los ejemplos a continuación. Haga copias adicionales de ser necesario para todos los grupos.

**EJEMPLO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del grupo | AM | NÚMERO DE NIÑOS INSCRITOS CADA HORA | PM |
| Bambinos | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00  | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 1:00 | 2:00 | 3:00 | 4:00 | 5:00 | 6:00 | 7:00 |
| 0 | 2 | 8 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 9 | 9 | 5 | 5 | 2 |  |
| Número | Edad | Horarios de cada empleado**Julie (7:30 – 3:30)****Marty (12:00 – 6:30)** |
| **4** | Bebés |
|  | Niños pequeños |
|  | Niños de preescolar |
|  | Niños en edad escolar |
| Nombre del grupo | AM | NÚMERO DE NIÑOS INSCRITOS CADA HORA | PM |
| Happy Faces | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00  | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 1:00 | 2:00 | 3:00 | 4:00 | 5:00 | 6:00 | 7:00 |
| 3 | 8 | 15 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 13 | 10 | 8 | 2 |  |
| Número | Edad | Horarios de cada empleado**Nancy (6:30 – 5:00)****A. Smith (8:00 – 5:30)** |
|  | Bebés |
|  | Niños pequeños |
| **8** | Niños de preescolar **(2-4)** |
|  | Niños en edad escolar  |
| Nombre del grupo | AM | NÚMERO DE NIÑOS INSCRITOS CADA HORA | PM |
| Kool Kids | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00  | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 1:00 | 2:00 | 3:00 | 4:00 | 5:00 | 6:00 | 7:00 |
| 2 | 8 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 22 | 18 | 15 | 5 |  |
| Número | Edad | Horarios de cada empleado**Marty (6:30 – 8:30)****M. Smith (1:00 – 5:00)** |
|  | Bebés |
|  | Niños pequeños |
|  | Niños de preescolar |
| **20** | Niños en edad escolar **(K-9)** |

Modelo de plantilla

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del grupo | AM | NÚMERO DE NIÑOS INSCRITOS CADA HORA | PM |
|  | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 1:00 | 2:00 | 3:00 | 4:00 | 5:00 | 6:00 | 7:00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número | Edad | Horarios de cada empleado |
|  | Bebés |
|  | Niños pequeños |
|  | Niños de preescolar |
|  | Niños en edad escolar |
| Nombre del grupo | AM | NÚMERO DE NIÑOS INSCRITOS CADA HORA | PM |
|  | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 1:00 | 2:00 | 3:00 | 4:00 | 5:00 | 6:00 | 7:00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número | Edad | Horarios de cada empleado |
|  | Bebés |
|  | Niños pequeños |
|  | Niños de preescolar |
|  | Niños en edad escolar |
| Nombre del grupo | AM | NÚMERO DE NIÑOS INSCRITOS CADA HORA | PM |
|  | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 1:00 | 2:00 | 3:00 | 4:00 | 5:00 | 6:00 | 7:00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número | Edad | Horarios de cada empleado |
|  | Bebés |
|  | Niños pequeños |
|  | Niños de preescolar |
|  | Niños en edad escolar |
| Nombre del grupo | AM | NÚMERO DE NIÑOS INSCRITOS CADA HORA | PM |
|  | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 1:00 | 2:00 | 3:00 | 4:00 | 5:00 | 6:00 | 7:00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número | Edad | Horarios de cada empleado |
|  | Bebés |
|  | Niños pequeños |
|  | Niños de preescolar |
|  | Niños en edad escolar |
| Nombre del grupo | AM | NÚMERO DE NIÑOS INSCRITOS CADA HORA | PM |
|  | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 1:00 | 2:00 | 3:00 | 4:00 | 5:00 | 6:00 | 7:00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número | Edad | Horarios de cada empleado |
|  | Bebés |
|  | Niños pequeños |
|  | Niños de preescolar |
|  | Niños en edad escolar |

**Declaraciones**

Declaro que soy el propietario o el representante autorizado del propietario de la agencia de cuidado infantil y la información proporcionada es exacta, correcta y completa a mi leal saber y entender.

He leído y entendido las normas por las que mi agencia se debe regir para operar.

Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede traer como resultado que se deniegue la solicitud o se revoque la licencia actual, y además puede constituir un delito menor de clase A, de conformidad con las disposiciones del Artículo 71-3-505(c)(1)(3) y (4) del Código Anotado de Tennessee (Tenn. Code Ann., en inglés).

Entiendo que cualquier cambio de propietario o en la organización empresarial de la agencia automáticamente anula la licencia de cuidado infantil. (Artículo 71-3-502(e) del Código Anotado de Tennessee. Entiendo que estoy obligado a notificar al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (TDHS) antes de cambiar de propietario o hacer cambios en la organización empresarial de la agencia de cuidado infantil.

Entiendo que con mi firma a continuación, autorizo al TDHS a verificar la información suministrada en esta solicitud. Estoy de acuerdo en acatar los criterios de concesión de licencias de las normas del TDHS y las leyes de concesión de licencias (Artículo 71-3-501 y subsiguientes) del Código Anotado de Tennessee. Entiendo que se debe presentar al TDHS la cuota correspondiente junto con esta solicitud al solicitar una licencia para operar una agencia de cuidado infantil, y que dicha cuota no es reembolsable. Entiendo que la licencia de agencia de cuidado infantil, si se concede, tiene validez por un período de un (1) año. (Artículo 71-3-502(a)(1), (d)(4)(A) del Código Anotado de Tennessee. **También entiendo que para la renovación de la licencia al final del año de la licencia, la solicitud de renovación de la licencia y el pago de la cuota correspondiente deben ser recibidos por el TDHS o haber sido enviados por correo (si se envía por correo), antes de la fecha de vencimiento de la licencia. (Artículo 71-3-502(c) del Código Anotado de Tennessee. En caso de no renovarse a tiempo, la agencia tendrá que cerrar sus puertas y suspender sus operaciones.** El funcionamiento de una agencia de cuidado infantil sin licencia es un delito menor de Clase A, y traerá como resultado que el TDHS inicie acciones legales. (Artículo 71-3-504, 71-3-505(c)) del Código Anotado de Tennessee.

**Cuota de la solicitud**

He presentado una solicitud para una licencia de cuidado infantil para operar el siguiente tipo agencia y acuerdo someter la cuota de solicitud indicada a través de cheque de caja o giro postal pagadero a **Treasurer, State of Tennessee (licencia de cuidado infantil). La solicitud de renovación de la licencia y el pago de la cuota correspondiente deben ser recibidos por el TDHS o haber sido enviados por correo (en caso de enviarse por correo), antes de la fecha de vencimiento de la licencia.** Use la dirección física del negocio en el cheque de caja o giro postal (no use apartados postales). Presente la solicitud y el pago de la cuota a su Evaluador del Programa al momento de la visita o envíelos por correo a la oficina de licenciamiento local.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Centro de Cuidado Infantil** | **Centro de Cuidado Infantil** | **Centro de Cuidado Infantil** |
| Menos de 100 niños | 100 a 250 niños | Más de 250 niños |
|  | Cuota anual | $200 |  | Cuota anual | $400 |  | Cuota anual | $500 |
|  | Cuota Bienal de Dos Estrellas | $250 |  | Cuota Bienal de Dos Estrellas | $450 |  | Cuota Bienal de Dos Estrellas | $550 |
|  | Cuota Trienal de Tres Estrellas | $300 |  | Cuota Trienal de Tres Estrellas | $500 |  | Cuota Trienal de Tres Estrellas | $600 |
|  |
| **Centro sin cita previa** |
| Cuota anual | $200 |
|  |
| **Casas de grupos** |
| Cuota anual | $125 | Cuota bienal | $175 | Cuota trienal | $200 |
|  |
| **Casas de familia** |
| Cuota anual | $100 | Cuota bienal | $150 | Cuota trienal | $175 |

(Firme a continuación:)

Nombre en letra de imprenta de la persona que completa el formulario:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Director: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del propietario o representante autorizado (se requiere la firma del propietario o representante autorizado):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del propietario o representante autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_