

Early Head Start Family Child Care Partnership



5110 W. Goldleaf Circle
Suite 150
Los Angeles, California
90056-1282

(323) 421-1100
www.crystalstairs.org

Dear Provider,

We thank you for your interest in establishing a partnership with CSI Early Head Start Child Care Partnership program (EHS/HS-CCP). EHS/HS-CCP is an exceptional program and all children and families will have the opportunity to benefit from comprehensive services that will be offered.

In order for CSI to partner with your Family Child Care Home (FCCH) you must meet the following requirements:

- ✓ Have a minimum of 1 year operating your business;
- ✓ Have completed 6 semester units of early childhood education;
- ✓ Have an active agreement with Crystal Stairs, Inc. (optional);
- ✓ Participate or be willing to participate in the Child Care Food Program;
- ✓ Be in good standing with Community Care Licensing, Crystal Stairs, Inc., Better Business Bureau, and System for Award Management;
- ✓ Child Care license must be established in target zip codes: 90002, 90003, 90011, 90037, 90058, 90061, 90220, 90221, 90222, 90250, 90248, 90262, 90001, 90044, 90047, 90056, 90062, 90059, 90007, 90008, 90016, 90018, 90043, 90723, 90301, 90302, 90303, 90304, and 90305;
- ✓ Must currently be providing services to children with subsidized child care.

Things to remember about the Child Care Partnership program:

- ✓ Children must be eligible for both state subsidies and Head Start;
- ✓ Families must agree to participate in the Early Head Start/Head Start Program;
- ✓ For a small FCCH the ratio is 1:6 at all times with no more than 2 infant/toddlers under 24 months at one time;
- ✓ For a large FCCH ratio is 2:12 at all times with no more than 2 infant/toddlers under 18 months at one time;
- ✓ Services will be provided for 48 weeks over a period of 12 months;
- ✓ Provider must meet CDA educational requirements, or equivalent, within the next 18 months – reimbursement available;
- ✓ Provider will continue to receive reimbursement regardless of child eligibility as long as Head Start Standards are met;
- ✓ EHS children will receive services for up to 4 continuous years;
- ✓ The provider must be able to work in collaboration with Child Development Specialist weekly to ensure Head Start Performance Standards are met.

We look forward to your potential participation in this exciting partnership! Please submit the attached application and supporting documentation as soon as possible. **In light of recent events, we recommend for application packets to be emailed to rcloyd@crystalstairs.org or faxed (310) 258-1670 to Regina Cloyd, Partnership Services Coordinator.**

Sincerely,
LaShonna Grant,
Head Start/Early Head Start Assistant Director

Crystal Stairs, Inc.
 Head Start / Early Head Start Program
**Early Head Start Family Child Care Partnership
 COVER SHEET**

Applications Documents Checklist

Applications Documents Checklist	
Documents	
1. EHS/FCCH Partnership Application	
2. Child Care License (LIC 203)	
3. Notification of Site Visits (LIC 9213)	
4. Child Care Handbook	
5. Child Care Fee Rate Sheet	
6. Copy of all contracts with other agencies	
7. Personnel Record (LIC 501)	
8. Proof of cleared DOJ for all adults over 18	
9. CPR-First Aide Certification	
10. Copy of Provider College Transcripts (doesn't have to be originals)	
11. Facility Sketch – Floor Plan and Yard (LIC 999A)	
12. Program Flyer or Business card	
13. Copy of Insurance Documents	
14. Current Children's Roster (LIC 9040) and Notice of Action for Each Child	
15. Criminal Record Statement (LIC 508)	
16. Personnel Report (LIC 500)	
17. Business Plan	
18. National Association for Education of Young Children (NAEYC) Accreditation	
Please return cover sheet and documents with your application.	

Phases	Description
1.	Application Process
2.	Virtual Home Visit & Review of Child Care Roster
3.	Virtual Interview
4.	Internal Evaluation
5.	Virtual Parent Meeting & Child Enrollment (Requires Proof of Age, Address, Income, Subsidy, Immunization, and Health and Dental Insurance Per Child).
6.	Virtual Home Visit Follow Up, If Necessary
7.	Contract Signing



Crystal Stairs, Inc.
EARLY HEAD START FAMILY CHILD CARE HOME PARTNERSHIP APPLICATION

Please answer all questions.	
Name of Child Care Provider Applicant:	
Address:	
City:	
Zip Code:	
Telephone Number:	
Alternate Telephone	
Fax Number:	
Cell Number:	
Email:	

List Owner Name:			
Provider Type (check one):	<input type="checkbox"/> FCCH (<input type="checkbox"/> Small ___to___ <input type="checkbox"/> Large ___to___)		

LICENSE

Business Name: (as it appears on Crystal Stairs Agreement)			
Provider Name: (As it appears on License if different than above)			
Child Care License Number:		Issue Date:	
Number of years licensed:			

CAPACITY

What is your total licensed capacity: (Number of children you are licensed to care for)	
How many children do you currently service?	
What is the most number of children you choose to care for?	
Are you willing to enroll infants and maintain ratio (yes or no)?	

In the chart below please indicate: The actual number of children enrolled (combining both full & part time children enrolled) as of **today**.

Enter results by age group:	Infant Under 12 months	1 year old	2 year old	3 year old	4 year old	5 year old
Actual number of children enrolled:						
Identify child care subsidy or enter "cash" if not subsidized:						

*Include your own children

FEES

How much do you charge for:	Amount	How often are the fees charged? (See Frequency Options Below)	Is this fee per child or family? (C/F)
Part time		Weekly	
Full time		Weekly	
School Age		Weekly	
Application Registration			
Diapers			
Insurance			
Late Pick-up			
Late Payment			
Meals/Snacks			
Overtime/Early Drop Off			
Returned Check			
Supplies/Materials			
Evening Care			
Weekend Care			
Other (List Below):			

MEALS

Are you currently participating in the USDA Food Program (CACFP)			<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
What meals does your program provide? (Check all that apply)					
<input type="checkbox"/>	Breakfast	<input type="checkbox"/>	Dinner	<input type="checkbox"/>	Peanut-Free environment
<input type="checkbox"/>	Morning Snack	<input type="checkbox"/>	Late Snack	<input type="checkbox"/>	Special Diet Request
<input type="checkbox"/>	Lunch	<input type="checkbox"/>	Breast milk provided by parent	<input type="checkbox"/>	Vegetarian
<input type="checkbox"/>	Afternoon Snack	<input type="checkbox"/>	Parent Supplies Formula	<input type="checkbox"/>	Gluten Free

PROGRAM PARTICIPATION

What programs have you participated in with the children you service? (check all that apply)			
<input type="checkbox"/>	Private Only	<input type="checkbox"/>	Afterschool program
<input type="checkbox"/>	Foster Parent	<input type="checkbox"/>	LAUP
<input type="checkbox"/>	Early Head Start 0 to 3	<input type="checkbox"/>	First 5 LA School Readiness
<input type="checkbox"/>	Head Start 3 to 5	<input type="checkbox"/>	Regional Center
<input type="checkbox"/>	Child Care Subsidies – Crystal Stairs	<input type="checkbox"/>	Child Care Subsidies other Resource and Referral agency:
<input type="checkbox"/>	Other:		
<input type="checkbox"/>	Other:		

SCHEDULE

What days of the week does your program operate? (check all that apply)													
Sunday	<input type="checkbox"/>	Monday	<input type="checkbox"/>	Tuesday	<input type="checkbox"/>	Wednesday	<input type="checkbox"/>	Thursday	<input type="checkbox"/>	Friday	<input type="checkbox"/>	Saturday	<input type="checkbox"/>
What are your hours of operation? Open time: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Close time: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM													

ENHANCED SCHEDULE

Does your program provide the following schedule? (check all that apply)			
<input type="checkbox"/>	24-hour Care	<input type="checkbox"/>	Full Time 6 to 10 hours
<input type="checkbox"/>	After School (For School Age Children)	<input type="checkbox"/>	Full Year (12 months)
<input type="checkbox"/>	Before School (For School Age Children)	<input type="checkbox"/>	Overnight
<input type="checkbox"/>	Drop In Care (on the spot)	<input type="checkbox"/>	Part Time (Less than 6 hours)
<input type="checkbox"/>	Emergency/Temporary Care	<input type="checkbox"/>	Evening Care
<input type="checkbox"/>	Summer Only Program	<input type="checkbox"/>	Other

ENHANCED SERVICES

What other services does your program offer? (check all that apply)					
<input type="checkbox"/>	Computers	<input type="checkbox"/>	Gymnastics	<input type="checkbox"/>	Homework/Tutor
<input type="checkbox"/>	Field Trips	<input type="checkbox"/>	Music Lessons	<input type="checkbox"/>	Swim Lessons
<input type="checkbox"/>	Dance	<input type="checkbox"/>	On-Site Screenings	<input type="checkbox"/>	Other:
<input type="checkbox"/>	Research-Based Curriculum (Type):				

TRANSPORTATION

Do you provide transportation? (check all that apply)			
<input type="checkbox"/>	Pick up children from home	<input type="checkbox"/>	Transport to Child's Home
<input type="checkbox"/>	Pick up children from school	<input type="checkbox"/>	No transportation provided

STAFFING PATTERN

How many individuals care for the children daily?			#
Provider is the only one:		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Assistant:	Name:	Live Scan	Yes <input type="checkbox"/>
Assistant:	Name:	Live Scan	Yes <input type="checkbox"/>
On Call Substitute:	Name:	Live Scan	Yes <input type="checkbox"/>
Other:	Name:	Live Scan	Yes <input type="checkbox"/>

EDUCATION LEVEL – PROVIDER

What is the highest educational level the provider has?			
<input type="checkbox"/>	Training/Education Type	Number	Training/Education Area
<input type="checkbox"/>	No Formal Education Degree	<input type="checkbox"/>	High School Education/GED
<input type="checkbox"/>	AA/AS	Area in	
<input type="checkbox"/>	BA/BS	Area in	
<input type="checkbox"/>	MA/MS Degree	Area in	
Total number of semester ECE units completed:			#
Total number of Infant/Toddler ECE units completed			#
Do you hold a CA Child Center Permit? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Yes If so which one			
<input type="checkbox"/>	Child Development Assistant Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Associate Teacher Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Teacher Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Master Teacher Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Site Supervisor Permit	#	_____

<input type="checkbox"/> Child Development Program Director Permit	#
--	---

EDUCATION LEVEL ASSISTANT #1

What is the highest educational level the provider has?			
	Training/Education Type	Number	Training/Education Area
<input type="checkbox"/>	No Formal Education Degree	<input type="checkbox"/>	High School Education/GED
<input type="checkbox"/>	AA/AS	Area in	
<input type="checkbox"/>	BA/BS	Area in	
<input type="checkbox"/>	MA/MS Degree	Area in	
Total number of semester ECE units completed:			#
Total number of Infant/Toddler ECE units completed:			#
Do you hold a CA Child Center Permit? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If so which one			
<input type="checkbox"/>	Child Development Assistant Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Associate Teacher Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Teacher Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Master Teacher Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Site Supervisor Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Program Director Permit	#	_____

EDUCATION LEVEL ASSISTANT #2

What is the highest educational level the provider has?			
	Training/Education Type	Number	Training/Education Area
<input type="checkbox"/>	No Formal Education Degree	<input type="checkbox"/>	High School Education/GED
<input type="checkbox"/>	AA/AS	Area in	
<input type="checkbox"/>	BA/BS	Area in	
<input type="checkbox"/>	MA/MS Degree	Area in	
Total number of semester ECE units completed:			#
Total number of Infant/Toddler ECE units completed			#
Do you hold a CA Child Center Permit? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Yes If so which one			
<input type="checkbox"/>	Child Development Assistant Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Associate Teacher Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Teacher Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Master Teacher Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Site Supervisor Permit	#	_____
<input type="checkbox"/>	Child Development Program Director Permit	#	_____

PROVIDER TRAINING:

What Child Care Training have you received:			
	Training/Education Type	Number	Training/Education Area
<input type="checkbox"/>	FCCH 40 Hour Training (Passport)		
<input type="checkbox"/>	40 HR Intro Child Care		

PROVIDER QUESTIONNAIRE:

Why do you want to participate in the Early Head Start Family Child Care Partnership Program?		
I want to participate because I am not at full licensed capacity	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I want to participate because I want to care for more children	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I want to participate because I want to increase the quality of program services.	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I want to participate because I need help getting children	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I want to participate because I need help with paper work	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I want to participate because I want to increase my staff	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I have some knowledge of ASQ and ASQ-SE Questionnaires	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I have some knowledge of Desired Results Developmental Profile Revised (DRDP-R)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I have participated in a mentor coaching program (QRS)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
My program is computer literate and has internet access?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Do you have a business plan?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
How did you hear about us? <input type="checkbox"/> Word of Mouth <input type="checkbox"/> One of Our Partners (Name):		
<input type="checkbox"/> Mailer/Flyer <input type="checkbox"/> Crystal Stairs, Inc. Website <input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Other:		

Comments/Questions: _____

APPLICATION DISCLOSURE

I understand that the information I provided will be reviewed and verified and is correct to the best of my abilities and will be used to assist Crystal Stairs, Inc. in determining my candidacy for the Early Head Start Program.

Signature of FCCH Provider: _____ Date: _____



Crystal Stairs, Inc.
SOLICITUD PARA ASOCIARCE COMO PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL
FAMILIAR DE EARLY HEAD START

Por favor responda todas las preguntas.	
Nombre del proveedor solicitante:	
Domicilio:	
Ciudad:	
Código postal:	
Número de teléfono:	
Teléfono alternativo	
Número de fax:	
Número de celular:	
Correo electrónico:	

List Owner Name:			
Tipo de proveedor (check one):	<input type="checkbox"/> FCCH (<input type="checkbox"/> Pequeño ___ a ___ <input type="checkbox"/> Grande ___ a ___)		

LICENCIA

Nombre del negocio: (como aparece en el Acuerdo con Crystal Stairs)			
Nombre del proveedor: (como aparece en la licencia si es diferente al anterior)			
Número de licencia de cuidado infantil:		Fecha de emisión:	
Number of years licensed:			

CAPACIDAD

¿Cuál es la capacidad total de su licencia? (Número de niños que su licencia permite cuidar)	
¿Cuántos niños atiende actualmente ?	
¿Cuál es la mayor cantidad de niños que optó cuidar?	
¿Está dispuesto a inscribir bebés y mantener la proporción (sí o no)?	

En la tabla a continuación, indique: El número real de niños inscritos **a partir de hoy** (combinando niños inscritos a tiempo completo y parcial).

Ingrese los resultados por grupo de edad:	Bebé menor de 12 meses	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Número real de niños inscritos:						
Identifique el subsidio de cuidado infantil o ingrese "efectivo" si no está subsidiado:						

*Incluya a sus propios hijos

TARIFAS

Cuánto cobra:	Monto	Cuánto cobra: Monto ¿Con qué frecuencia se cobra la tarifa? (Vea las opciones a continuación)	¿Es esta tarifa por niño o familia? (N/F)
Tiempo parcial		Semanal	
Tiempo completo		Semanal	
Edad escolar		Semanal	
Registro de solicitud			
Pañales			
Seguro			
Recogida tarde			
Pago tardío			
Comidas / Meriendas			
Horas extra / Entrega temprana del niño			
Cheque sin fondos			
Suministros / Materiales			
Cuidado nocturno			
Cuidado de fin de semana			
Otro (Liste abajo):			

COMIDAS

¿Participa actualmente en el Programa de Alimentos del USDA (CACFP)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Qué comidas ofrece su programa? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/>	Desayuno	<input type="checkbox"/>	Cena
<input type="checkbox"/>	Merienda por la mañana	<input type="checkbox"/>	Merienda tardía
<input type="checkbox"/>	Almuerzo	<input type="checkbox"/>	Leche materna provista por los padres
<input type="checkbox"/>	Merienda por la tarde	<input type="checkbox"/>	Los padres traen fórmula
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ambiente libre de cacahuete
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Solicitud de dieta especial
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Vegetariana
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sin gluten

PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS

¿En qué programas ha participado con los niños que atiende? (marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/>	Programa privado	<input type="checkbox"/>	Programa post escolar
<input type="checkbox"/>	Padres postizos	<input type="checkbox"/>	LAUP
<input type="checkbox"/>	Early Head Start 0 a 3	<input type="checkbox"/>	First 5 LA Preparación escolar
<input type="checkbox"/>	Head Start 3 a 5	<input type="checkbox"/>	Centro Regional
<input type="checkbox"/>	Subsidios de cuidado infantil - Crystal Stairs	<input type="checkbox"/>	Subsidios de cuidado infantil - otra agencia de recursos y referencias:
<input type="checkbox"/>	Otro:		
<input type="checkbox"/>	Otro:		

HORARIO

¿Qué días de la semana opera su programa? (marque todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> lunes	<input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> Saturday <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/>
¿Cuáles son sus horas de operación? Abierto: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Cerrado: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	

HORARIO ESPECIAL

¿Su programa proporciona el siguiente horario? (marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/>	Atención las 24 horas	<input type="checkbox"/>	Tiempo completo 6 a 10 horas
<input type="checkbox"/>	Post escolar (para niños en edad escolar)	<input type="checkbox"/>	Año completo (12 meses)
<input type="checkbox"/>	Antes de la escuela (para niños en edad escolar)	<input type="checkbox"/>	Nocturno madrugada
<input type="checkbox"/>	Drop In Care (en el acto)	<input type="checkbox"/>	Tiempo parcial (menos de 6 horas)
<input type="checkbox"/>	Cuidado de emergencia / temporal	<input type="checkbox"/>	Cuidado nocturno
<input type="checkbox"/>	Programa solo de verano	<input type="checkbox"/>	Otro





SERVICIOS MEJORADOS

¿Qué otros servicios ofrece su programa? (marque todo lo que corresponda)					
<input type="checkbox"/>	Computadoras	<input type="checkbox"/>	Gimnasia	<input type="checkbox"/>	Tarea / Tutor
<input type="checkbox"/>	Viajes excursiones	<input type="checkbox"/>	Lecciones de música	<input type="checkbox"/>	Lecciones de natación
<input type="checkbox"/>	Baile	<input type="checkbox"/>	Proyecciones de en el lugar	<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	Plan de estudios basado en la investigación (tipo):				

TRANSPORTE

¿Proporcionan transporte? (marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/>	Recoger a los niños de la casa	<input type="checkbox"/>	Transporte a la casa del niño
<input type="checkbox"/>	Recoger a los niños de la escuela	<input type="checkbox"/>	No se proporciona transporte

PERSONAL DE TRABAJO

¿Cuántas personas cuidan a los niños diariamente?			#
El proveedor es el único:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asistente:	Nombre:	Live Scan  Sí	<input type="checkbox"/>
Asistente:	Nombre:	Live Scan  Sí	<input type="checkbox"/>
Suplente en espera:	Nombre:	Live Scan  Sí	<input type="checkbox"/>
Otro:	Nombre:	Live Scan  Sí	<input type="checkbox"/>

NIVEL DE EDUCACIÓN - PROVEEDOR

¿Cuál es el nivel educativo más alto que tiene el proveedor?			
<input type="checkbox"/>	Tipo de capacitación / educación	Número	Área de capacitación / educación
<input type="checkbox"/>	Sin título de educación formal	<input type="checkbox"/>	Educación secundaria / GED
<input type="checkbox"/>	AA/AS	Área	
<input type="checkbox"/>	BA/BS	Área	
<input type="checkbox"/>	MA/MS Degree	Área	
Número total de unidades ECE semestrales completadas:			#
Número total de unidades ECE para bebés / niños pequeños completadas			#
¿Tiene usted un permiso de CA Child Center? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí Si es así, ¿cuál?			
<input type="checkbox"/>	Permiso de asistente en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de maestro asociado en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de maestro en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de maestro maestro en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de Supervisor del Sitio en Desarrollo Infantil	#	_____

<input type="checkbox"/> Permiso de Director de Programa en Desarrollo Infantil	#
---	---

NIVEL DE EDUCACIÓN - ASISTENTE #1

¿Cuál es el nivel educativo más alto que tiene el proveedor?			
<input type="checkbox"/>	Tipo de capacitación / educación	Número	Área de capacitación / educación
<input type="checkbox"/>	Sin título de educación formal	<input type="checkbox"/>	Educación secundaria / GED
<input type="checkbox"/>	AA/AS	Área	
<input type="checkbox"/>	BA/BS	Área	
<input type="checkbox"/>	MA/MS Degree	Área	
Número total de unidades ECE semestrales completadas:			#
Número total de unidades ECE para bebés / niños pequeños completadas:			#
¿Tiene usted un permiso de CA Child Center? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí Si es así, ¿cuál?			
<input type="checkbox"/>	Permiso de asistente en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de maestro asociado en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de maestro en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de maestro maestro en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de Supervisor del Sitio en Desarrollo Infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de Director de Programa en Desarrollo Infantil	#	_____

NIVEL DE EDUCACIÓN - ASISTENTE #2

¿Cuál es el nivel educativo más alto que tiene el proveedor?			
<input type="checkbox"/>	Tipo de capacitación / educación	Número	Área de capacitación / educación
<input type="checkbox"/>	Sin título de educación formal	<input type="checkbox"/>	Educación secundaria / GED
<input type="checkbox"/>	AA/AS	Área	
<input type="checkbox"/>	BA/BS	Área	
<input type="checkbox"/>	MA/MS Degree	Área	
Número total de unidades ECE semestrales completadas:			#
Número total de unidades ECE para bebés / niños pequeños completadas:			#
¿Tiene usted un permiso de CA Child Center? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí Si es así, ¿cuál?			
<input type="checkbox"/>	Permiso de asistente en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de maestro asociado en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de maestro en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de maestro maestro en desarrollo infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de Supervisor del Sitio en Desarrollo Infantil	#	_____
<input type="checkbox"/>	Permiso de Director de Programa en Desarrollo Infantil	#	_____

CAPACITACIÓN DE PROVEEDORES:

¿Qué capacitación de cuidado infantil ha recibido?:			
<input type="checkbox"/>	Tipo de capacitación / educación	Número	Área de capacitación / educación
<input type="checkbox"/>	Capacitación de 40 horas de FCCH (pasaporte)		
<input type="checkbox"/>	40 HR Intro Child Care		

CUESTIONARIO DEL PROVEEDOR:

¿Por qué quiere participar en el Programa de Asociados de Cuidado Infantil Familiar de Early Head Start?		
Quiero participar porque no tengo la capacidad total autorizada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Quiero participar porque quiero cuidar a más niños	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Quiero participar porque quiero aumentar la calidad de los servicios del programa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Quiero participar porque necesito ayuda para conseguir hijos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Quiero participar porque necesito ayuda con el papeleo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Quiero participar porque quiero aumentar mi personal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tengo algún conocimiento de los cuestionarios ASQ y ASQ-SE	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tengo algún conocimiento del Perfil de Desarrollo de Resultados Deseados Revisado (DRDP-R)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He participado en un programa de capacitación de mentores (QRS)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Mi programa tiene conocimientos de informática y tiene acceso a internet?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes un plan de negocios?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Como supiste de nosotros? <input type="checkbox"/> Boca a boca <input type="checkbox"/> Uno de nuestros socios (Nombre):		
<input type="checkbox"/> Correo/Volante <input type="checkbox"/> Sitio web de Crystal Stairs, Inc. <input type="checkbox"/> Medios sociales <input type="checkbox"/> Otros:		

Comentarios / Preguntas: _____

AFIRMACIÓN SOBRE EL CONTENIDO DE ESTA SOLICITUD

Entiendo que la información que proporcioné será revisada y verificada y que es correcta según mi mejor capacidad y será utilizada para ayudar a Crystal Stairs, Inc. a determinar mi candidatura para el Programa Early Head Start.

Firma del proveedor de FCCH: _____ Fecha: _____