**BORRADOR**

**Formulario de acción rápida relacionada con COVID-19 para proveedores de**

**cuidado infantil a domicilio**

*Nota: el texto en rojo le ofrece orientación al intermediario o indica temas de adaptación local.*

***Proveedor / organización***

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del solicitante** |  |
| Nombre del proveedor / de la organización: |  |
| Nombre de la entidad legal (si es distinto del nombre arriba): |  |
| Número de identificación del empleador (*EIN*, por sus siglas inglés) [si tiene uno]: |  |
| Fecha de inicio: |  |
| Dirección: |  |
| Dirección 2ª línea: |  |
| Ciudad: |  |
| Estado: |  |
| Código postal: |  |
| **Información de contacto primario** |  |
| Nombre: |  |
| Apellido: |  |
| Email: |  |
| Número de teléfono: |  |
| Dirección (si es distinta de la de arriba): |  |
| Dirección 2ª linea: |  |
| Ciudad: |  |
| Estado: |  |
| Código postal: |  |

1. Tipo de entidad legal (para organizaciones con / sin fines lucrativos)
2. ¿Qué tipo de proveedor es usted? (hogar / hogar ampliado / grupal)
3. ¿Cuál es su capacidad permitida [en todos sus locales] según la(s) licencia(s) [entidad de licencias estatales] de su instalación?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de instalación | Dirección  | Dirección (2ª línea) | Ciudad | Estado | Código postal | Capacidad permitida | ¿Es usted propietario o inquilino? | Clasificación*QRIS*  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

¿Quién atiende actualmente y cuáles son sus fuentes de financiamiento actuales? Por favor rellene la tabla más abajo incluso los totales según los niveles de edad basados en las inscripciones a partir de [Nota: considerar una fecha retroactiva adecuada a su contexto local – debería reflejar un momento cuando el promedio de inscripciones era representativo de las opercaciones antes de los efectos del COVID-19] la fecha, junto con una lista de fuentes de financiamiento. Por favor entregue el número de inscripciones, con contar cada niño solo una vez (para niños financiados por fuentes múltiples, clasifíquelos en la categoría de financiamiento primario).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Inscritos en total | Pago privado | [Programa de subsidio de *CCDBG*] | [Pre-kinder financiado localmente] | [Pre-kinder financiado por el estado] | *Early Head Start* | *Head Start* | *Out of School Time* | Otra |
| Bebés |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| De 1 a 3 años |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Preescolar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Edad escolar |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\*\* Reservamos el derecho de verificar su estado de cumplimiento con cualquiera de los programas más arriba.*

1. ¿Atiende usted cualquier segmento de la población especial (por favor entregue el número de niños que cae dentro de esta categoría)? *\*Nota: ajustar estas categorías y definiciones basadas en la ubicación.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Segmentos de población especiales**  | **№ de niños** |
| Condiciones de salud delicadas |  |
| Necesidades especiales o retraso en el desarrollo |  |
| Principiantes del inglés como segundo idioma |  |
| Inmigrantes / familias inmigrantes |  |
| Discapacitados fisicamente |  |
| Necesidades conductuales / de salud mental de la niñez temprana |  |
| Residencia en un hospicio o una vivienda transitoria o temporal |  |
| Otro (por favor describir) |  |

1. ¿Participa usted actualmente en actividades de mejoría de calidad o asistencia técnica? [Nota: presentar como una lista desplegable y/o una narración]
2. ¿Participa usted actualmente en el *Child and Adult Care Food Program* (*CACFP*, por sus siglas en inglés)? (sí / no)
3. ¿Está actualmente abierto o cerrado? (abierto / cierre voluntario / cierre obligatorio / trabajadores esenciales) [si está abierto: se puede desplegar aquí una serie de preguntas sobre las inscripciones / la lista de niños que asisten actuales]

***Dotación de personal e impacto económico***

1. ¿Tiene empleados adicionales aparte de usted mismo/a (por favor incluir asistentes y suplentes)? (sí / no) [Nota: si la respuesta es ‘no’, pasar a la categoría “Necesidades / solicitudes de financiamiento”.]
2. ¿Tiene actualmente una política establecida de licencia por enfermedad para los empleados, y les paga cuando están de baja? (sí / no)
3. ¿Contrata usted empleados adicionales? (Si es así, por favor rellene la tabla más abajo, y entregue los datos a partir de la fecha retroactiva sugerida anteriormente)

|  |  |
| --- | --- |
|  | № (de jornada completa y parcial) |
| Directores / propietarios (incluirse a usted mismo/a) |  |
| Personal docente (incluir los asistentes) |  |
| Suplentes |  |
| Contador |  |
| Otro |  |

1. ¿Cuáles son las cualifcaciones actuales de usted y sus empleados?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nivel | Fuente | Asistente / otro empleado  |
| Asociado de desarrollo infantil (*CDA*, por sus siglas en inglés) |  |  |
| Associate’s degree (diplomado o titulo técnico)  |  |  |
| Bachillerato |  |  |
| Otro (por favor describir) |  |  |

* ¿Cuál fue el ingreso anual de sus operaciones de cuidado infantil a domicilio el año pasado?
* ¿Cuánto gastó en remuneraciones o salarios de sus empleados el año pasado?

***Necesidades / solicitudes de financiamiento***

1. ¿Cuáles son sus retos financieros? [Nota: presentar como un “marque todas las opciones que correspondan” o priorizar según la evaluación de necesidades continuas o para presentar un informe posterior al evento, etcétera.)
* Asistencia de vivienda (alquiler / hipoteca)
* Servicios públicos
* Licencia por enfermedad pagada para usted o sus empleados
* Pagar por los suplentes
* Ingreso perdido (reemplazar copagos, pago privado u otra fuente de financiamiento)
* Costos adicionales por la limpieza y desinfección, o materiales de sanidad y seguridad
* Costo de alimentación aumentado
* Remuneración por riesgos aumentada
* Servicios profesionales – legales, de recursos humanos, etcétera
* Costos de reapertura
* Promoción / comunicación del estado abierto / cerrado
* Necesidad inmediata de desarrollo, entrenamiento o asesoría profesionales
* Otro [recuadro de texto]
1. ¿Cómo anticipa que usará los fondos propuestos?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoría de presupuesto** | **Marque las cosas que procurará con fondos de subvención** | **Descripción o cantidad estimada en dólares (opcional)** |
| Asistencia de vivienda (alquiler / hipoteca) |  |  |
| Servicios públicos |  |  |
| Licencia por enfermedad pagada para usted o sus empleados |  |  |
| Pagar por los suplentes |  |  |
| Ingreso perdido (reemplazar copagos, pago privado u otra fuente de financiamiento |  |  |
| Limpieza y desinfección, o materiales de sanidad y seguridad |  |  |
| Alimentos |  |  |
| Remuneración por riesgos aumentada |  |  |
| Servicios profesionales – legales, de recursos humanos, etcétera |  |  |
| Costos de reapertura |  |  |
| Promoción / comunicación del estado abierto / cerrado  |  |  |
| Desarrollo, entrenamiento o asesoría profesionales |  |  |
| Otro (por favor explique) |  |  |

***Narración***

1. ¿Qué más deberíamos saber sobre este programa, su organización y su campo de trabajo? [250 palabras]

***Atestación***

El solicitante cumple con las siguientes (por favor fíjese, con marcar cada casilla está usted indicando que a partir de la fecha de entrega de esta solicitud, está en comformidad total con los siguientes criterios):

* Cobertura de seguro actual según rige el ente autorizador local
* Impuestos locales, estatales y federales pagados hasta la fecha (y/o inscrito en un plan de pagos)
* Usted y sus empleados tienen verificaciones de antecedentes criminales en vigor
* Usted intenta mantener su programa en actividad en el futuro próximo y después de la conclusión del COVID-19
* Puede cumplir con las obligaciones presentadas en el acuerdo de la subvención

***Preguntas opcionales (exclusivamente para recolección de datos)***

* ¿Es el dueño o director de su negocio una persona de color? (Responder “sí” si más de la mitad de los dueños identifican como hispanos o una raza aparte de la blanca)
* ¿Es la dueña o directora de su negocio una mujer? (Responder “sí” si más de la mitad de los dueños identifican como mujures)
* ¿Es el dueño o director de su negocio un individuo con $59,172 al año o menos en ingresos familiares anuales gruesos? (Responder “sí” si más de la mitad de los dueños ganan $59,172 al año o menos en ingresos familiares anuales gruesos)

[Nota: preguntas alternas acerca de la raza / del género]

Por favor marque todas las opciones que correspondan. Esto es exclusivamente para la recolección de datos.

* Negocio de dueños afroamericanos
* Negocio de dueños hispanos
* Negocio de dueños asiático-americanos
* Negocio de dueños LGBTQ
* Negocio de dueñas mujeres
* Negocio de dueños blancos
* Negocio de dueños discapacitados
* Negocio de dueños veteranos
* Negocio de dueños inmigrantes
* Negocio de dueños de otro grupo minoritario

***Entrega de documentos***

* + 1. Licencia(s) para el cuidado infantil
		2. Documento organizativo (501c(3), EIN)
		3. Lista de asistencia o copia de contrato o acuerdos de servicio que indiquen atención a poblaciones subvencionadas [No se requiere si el intermediario puede verificar esto por su propia cuenta]
		4. W-9
		5. Información de depósito directo (*ACH*, por sus siglas en inglés) [El W-9 y la ACH no se requieren si ya está registrado como un comerciante]