

ALL OUR KIN

POSTULACIÓN A EARLY HEAD START PARA PROVEEDOR

Para estar calificado, necesita cumplir los siguientes requisitos antes de aplicar:

- Necesita tener una CDA (credenciales de Child Development en Family Child Care o Infant/Toddler) o Grado Asociado. (Por favor incluye una copia de su CDA o Grado Asociado en esta aplicación.)
- Necesita cumplir un programa de consultoría educativa de All Our Kin.
- Necesita tener un programa de cuidado infantil funcionando durante el año pasado hasta ahora.

INFORMACIÓN DEL POSTULANTE			
Apellido	Primer nombre	Inicial	Fecha
Dirección		# de Apartamento	
Ciudad	Estado	C. P.	
Teléfono	Dirección de Correo-e		
¿Es ciudadano de los EE.UU.?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	De ser no, ¿tiene autorización para trabajar en los EE.UU.?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Ha trabajado antes en Early Head Start o Head Start?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	De ser sí, ¿cuándo?	
¿Alguna vez ha sido citado por una violación del Departamento de Salud o OEC?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	De ser sí, favor explicar	

EDUCACIÓN Y CERTIFICACIONES ESPECIALES			
<i>Diploma de Escuela</i>	Fecha Recibido		De donde
<i>Diploma universitario</i>	Fecha Recibido		De donde
<i>CDA</i>	Fecha Recibido		De donde
Otras formaciones y certificaciones	Fecha Recibido		De donde
Otras formaciones y certificaciones	Fecha Recibido		De donde
Otras formaciones y certificaciones	Fecha Recibido		De donde

REFERENCIAS DE PADRES / TUTORES	
<i>Por favor, enumere a tres padres / tutores, cuyos hijos actualmente cuida o ha cuidado en el último año?</i>	
Nombre completo:	Fechas en que cuidaste por el niño:
Relación al niño:	Telefono ()
Direccion	
Nombre completo:	Fechas en que cuidaste por el niño:
Relación al niño:	Telefono ()
Direccion	

Nombre completo:	Fechas en que cuidaste por el niño:
Relación al niño:	Telefono ()
Direccion	

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA ACTUAL

Please tell us more about the program you currently run.

¿Cuáles son las edades de los niños en su programa?	Niño 1	
Niño 2	Niño 4	
Niño 3	Niño 5	
Niño 6		

¿Cuántos niños bajo su cuidado son residentes de New Haven, West Haven o Hamden?	
--	--

¿Cuántos niños bajo su cuidado reciben Care4Kids?	
---	--

¿Cuánto tiempo ha sido licenciado?	Licencia de programa #
------------------------------------	------------------------

Si es diferente de la dirección de su casa, ¿cuál es la dirección de su programa?

Direccion:	Ciudad:	C.P.:	# de telefono:
------------	---------	-------	----------------

¿En qué horas funciona actualmente tu programa?	
---	--

¿Cuándo cierra su programa (por ejemplo, durante el verano, días festivos)?	
---	--

¿Tienes un asistente?	
-----------------------	--

¿Tienes algún sustituto?	
--------------------------	--

¿Sus suplentes y asistentes tienen una licencia vigente y válida de CT OEC?	
---	--

¿Tienes un currículum? En caso afirmativo, por favor describa o nombre.	
---	--

¿Está familiarizado con las estrategias de enseñanza GOLD? Si es así, ¿cómo?	
--	--

¿Está dispuesto a recibir visitas semanales de los entrenadores del programa, incluidas algunas visitas no anunciadas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Abriría sus programas a las visitas mensuales de una enfermera u otros especialistas de salud, según sea necesario, para el apoyo y bienestar de los niños?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

¿Está dispuesto a realizar dos visitas al hogar de cada familia y celebrar reuniones individuales trabajando en colaboración para satisfacer sus necesidades y las de sus hijos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Está dispuesto a cumplir con los estándares de calidad nacionales y utilizar un plan de estudios aprobado para la planificación de lecciones?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

¿Está dispuesto a mantener registros sobre la asistencia, el crecimiento y el progreso de los niños, etc.?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Está dispuesto a asistir a las Jornadas trimestrales de aprendizaje en equipo y participar en el desarrollo profesional continuo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

RENUNCIA Y FIRMA

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que la información falsa o engañosa en mi solicitud o entrevista puede hacer que deje de participar en el programa Early Head Start en All Our Kin.

Firma

Fecha

*** Envíe por correo, correo electrónico o entregue personalmente esta solicitud a All Our Kin, 414A Chapel Street, New Haven, CT 06511. Incluya una copia de su CDA o credencial superior con esta solicitud.**

Ensayos breves: responda las siguientes preguntas tan completamente como pueda. Además, siéntase libre de incluir más hojas de papel si se queda sin espacio para escribir. Por último, si lo desea, puede incluir materiales adicionales que considere que ayudarán a respaldar su solicitud.

1. ¿Por qué quieres participar en el programa Early Head Start a través de All Our Kin? ¿Cuáles crees que serán los mayores beneficios?

2. ¿Qué piensa acerca de trabajar con un Entrenador Educativo de All Our Kin para cumplir con los Estándares de Desempeño del Programa Head Start y mejorar la calidad de su programa? ¿Cómo se asociará con esa persona para apoyar el crecimiento y desarrollo de los niños?

3. La participación y el apoyo de la familia es una parte importante de Early Head Start. Describa su relación con los padres en su programa y cómo comparte con ellos la información relacionada con el niño.

4. Por favor, díganos qué métodos de registro actuales utiliza para asistir, las actividades diarias con los niños, las compras relacionadas con el programa, las reuniones con las familias, etc.

5. ¿Cuáles crees que serán los mayores desafíos para ti si participas en Early Head Start?