

Solicitud para:

Proveedores de cuidado Infantil de Familia Exento de Licencia de Illinois

Perspectiva

El Sistema de Calidad Cuenta-Calificación de Calidad (QRS) Ayuda a los proveedores de Cuidado Infantil de Familia Exentos de Licencia de Illinois (LEFCC) a proveer un cuidado de calidad para los niños y sus familias. Este sistema voluntario ofrece tres fases de entrenamientos los cuales, pueden ser conseguidos por los proveedores. Una vez que el proveedor de cuidado infantil exento de licencia haya completado la Fases de Entrenamientos, ellos recibirán el Certificado de Capacitación De Entrenamiento QRS. Los Proveedores sirviendo niños que son elegibles para El Programa de Asistencia de Cuidado de Niños (CCAP) reciben un complemento de calidad adicional al pago en la tarifa diaria estándar del reembolso. Los complementos sobre pago van desde un 10% hasta un 20% dependiendo de la Fase de Entrenamiento (os) que el proveedor haya completado. Para poder solicitar el programa QRS no es necesario que los proveedores tengan bajo su cuidado, niños en el programa de CCAP.

Requisitos de Elegibilidad

- Antes de solicitar el programa QRS, los proveedores deben asistir a la sesión de orientación de la calificación de calidad. La orientación es ofrecida por la oficina local de CCR&R o en línea en la página www.ilgateways.com bajo Entrenamiento en Línea (Online Training). Si usted no ha participado en la orientación de QRS, póngase en contacto con su oficina local de CCR&R o en línea para encontrar fechas y horarios de las próximas sesiones. Para encontrar su oficina local de CCR&R visite el sitio de internet de Gateways en www.ilgateways.com o llame al **1-800-697-8278**.
- Completando como mínimo el requerimiento de capacitación de Entrenamiento Fase 1. Para recibir el complemento de calidad adicional de CCAP que se muestra en la Tabla de Entrenamientos, las fases de entrenamiento se deben completar en orden (Fase 1 Fase 2 y Fase 3). Los proveedores pueden aplicar por cada fase una vez que hayan completado los entrenamientos requeridos. (vea la tabla de fases de entrenamiento en la en la siguiente página 2)

Instrucciones para Completar la Solicitud de QRS

La solicitud debe llenarse completamente. La documentación requerida se debe de incluir en un sobre junto con la aplicación fechada y firmada. La falta de cualquier informacion o documento, retrasaría el proceso de su solicitud. Envíe solo copias de toda la documentación. INCCRRA no regresara la informacion sometida.

1. Complete la sección de Información de Proveedor.
2. Complete la sección de Información del Programa, incluyendo:
 - La Fase de Entrenamiento que está solicitando.
 - Complete la informacion de LEFCC Orientación de QRS. Asegúrese de que el entrenamiento este en su Record de Desarrollo Profesional de Gateways (PDR).
 - Complete la informacion sobre el cuidado de niños que provee. Si tiene niños bajo el programa CCAP, presente copias de los certificados de pago de CCAP del mes anterior, de todos los niños que están a su cuidado.
3. Complete la lista de la Fase que usted está solicitando.
4. Ponga fecha y firma en la solicitud.
5. Las solicitudes son procesadas por INCCRRA (Illinois Network of Child Care Resource & Referral) IDHS se le notifica los proveedores que son elegibles. El complemento de calidad adicional al pago para los proveedores en CCAP, entra en efecto al siguiente mes de recibida la notificación de elegibilidad. Esta iniciativa es financiada por El Departamento de Niños y Familias de Illinois (IDHS).

Lista de Verificación de Entrenamiento - Los Entrenamientos serán verificados Atravez del Registro de Gateways

FASE	ENTRENAMIENTO FASE 1	ENTRENAMIENTO FASE 2	ENTRENAMIENTO FASE 3
Numero de Modulos	4 Módulos (aproximadamente 12 horas)	La Fase 1, MAS 4 módulos (aproximadamente 12 Horas)	La Fase 1 y Fase 2 MAS 8 Módulos (Aproximadamente 24 horas)
<input type="checkbox"/> ANTES DE SOLICITAR PARA QRS, SE DEBE DE COMPLETAR LA ORIENTACION LEFCC			
Modulos de Entrenamiento Requerido	<input type="checkbox"/> Desarrollo infantil	<input type="checkbox"/> Observación y orientación	<input type="checkbox"/> Desarrollo infantil (del nacimiento a los 8 meses)
	<input type="checkbox"/> Cuestiones de salud para el cuidado en grupo	<input type="checkbox"/> El aprendizaje ocurre en las relaciones	<input type="checkbox"/> Desarrollo infantil (8 a 18 meses)
	<input type="checkbox"/> Cuestiones de nutrición para el cuidado en grupo	<input type="checkbox"/> Relaciones familiares y de la comunidad	<input type="checkbox"/> Desarrollo infantil (18 a 36 meses)
	<input type="checkbox"/> Cuestiones de seguridad para el cuidado en grupo	<input type="checkbox"/> Desarrollo personal y profesional	<input type="checkbox"/> Desarrollo social y emocional en la preesuela
			<input type="checkbox"/> Desarrollo físico de los preescolares
			<input type="checkbox"/> Desarrollo del lenguaje preescolar
			<input type="checkbox"/> Desarrollo cognitivo preescolar
			<input type="checkbox"/> Desarrollo en la edad escolar
Complemento Adicional al Pago CCAP	10%	15%	20%

Notas:

- Para recibir el complemento adicional de CCAP en la lista, el proveedor debe completar las Fases de Entrenamiento en orden.
- Un proveedor debe de completar el entrenamiento en cualquier fase dentro de un periodo de 2 años.
- La finalización de las tres fases de entrenamiento, dará como resultado el otorgamiento de la Credencial de Gateways to Opportunity Nivel 1.

Lista de requisitos para la Solicitud de QRS

Antes de enviar su solicitud, por favor asegúrese que la siguiente informacion este completa y dentro del sobre:

- Solicitud completamente llena
- Firma y Fecha
- Copia de los Certificados de pago completos de CCAP del mes anterior

Envíe la solicitud completa: INCCRRA/QRS • 1226 Towanda Plaza • Bloomington, IL 61701

Solicitud para:

Proveedores de cuidado Infantil de Familia Exento de Licencia de Illinois

Información del Proveedor

Nombre de Proveedor: _____ Número de miembro del registro: _____

Si usted tiene niños en el programa de asistencia de cuidado (CCAP) usted debe proporcionar los 15 dígitos de número de proveedor bajo el que usted recibe pago. *El resultado de no proporcionar esto, ocasionará perder, si esta elegible, el complemento de calidad adicional a la tarifa diaria.*

Número(s) de Proveedor _____
Este número se puede localizar directamente después de su nombre en la documentación de CCAP.

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono: () _____ SS # o FEIN #: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Coreo Electrónico: _____ Sexo: F M

¿Cuál es el nivel más alto de Educación que ha terminado?

Preparatoria/ GED Algo de Universidad Carrera Corta Licenciatura Maestría
 CDA (Asociado Desarrollo Infantil) Licenciatura, Profesional en Educación Otro _____

¿Ha completado cursos en Desarrollo Infantil o Educación Temprana De la Niñez? Si No

Raza: (opcional): Africano Americano Asiatico Blanco/Caucasico Hispano Indio Americano Otro

Información del Programa

Fase de Entrenamiento que esta Solicitando: Entrenamiento Fase 1 Entrenamiento Fase 2 Entrenamiento Fase 3

Horas que provee cuidado de niños: _____ AM to _____ PM

Días que provee cuidado de niños: Lun. Mar. Mie. Jue. Vie. Sab. Dom.

Por favor elija uno: Todo el Año (sirviendo a niños al menos por 47 semanas) Año Escolar (mínimo 9 meses)

Número total de niños bajo su cuidado, incluyendo los propios, de 13 años o menos _____

Número total de edades de niños en cada grupo:

Infantes (6 semanas – 14 meses) _____ Niños pequeños (15-23 meses) _____ Niños (24-35 meses) _____

Prescolares (3-5 años) _____ Edad Escolar (Kinder – 12 años) _____

¿En este momento, está usted cuidando de niños de IDHS CCAP? Si No

Si su respuesta es **SI**, cuántos niños de CCAP están bajo su cuidado? _____

(Agregue copias de los certificados de cobro del mes anterior por todos los niños de CCAP que está cuidando)

Primer Idioma con el que se les habla a los niños: Ingles Español Otro

¿Cómo se enteró sobre el QRS? CCR&R SEIU Union Asociación de Proveedores Conferencia
 Página de Internet Otro



Firma Requerida

Yo verifico que la información arriba mencionada es precisa. Entiendo que si doy información falsa o imprecisa, mi participación en el programa de Quality Counts- Quality Rating System, será suspendida y/o no elegible. Firmando, entiendo que INCCRRA usará mi firma para verificar cualquier información y documentos que he enviado. Entiendo que IDHS puede usar mi nombre y la información en mi aplicación con el propósito de investigar/evaluar. IDHS tiene el derecho de auditar los registros y documentos del programa.

Firma de Proveedor: _____ Fecha: _____

Liberación de Información (opcional)

Firmando en la parte de abajo, otorgo a INCCRRA permiso para publicar mi nombre e información de contacto a los medios, CCR&R, defensores de las políticas públicas, IDHS, legisladores y otros, con el fin de reconocimiento como un participante de QRS.

Firma de Proveedor: _____ Fecha: _____

Envíe la solicitud completa: INCCRRA/QRS • 1226 Towanda Plaza • Bloomington, IL 61701