



2021-2022

APLICACIÓN DE QRIS DEL CONDADO DE MONTEREY PARA CENTROS DE DESARROLLO Y CUIDADO DE NIÑOS

COMO APLICAR

El paquete completo de la aplicación y toda la información y documentos suplementarios deben de ser entregados por correo electrónico a mcano@montereycoe.org o entregados en persona lo más tardar a las 5:00 PM el 6 de agosto del 2021 a:

Monterey County QRIS
ATTN: **Monica Cano**
901 Blanco Circle
Salinas, CA 93901

Si necesita asistencia en completar la aplicación o si tiene preguntas, por favor de comunicarse con Monica Cano, Program Development & Compliance Specialist al (831)755.0300 X386 o mcano@montereycoe.org.

**** Debido a COVID-19, no se aceptarán solicitudes ni asistencia en persona. ****

Le recomendamos que aplique y esperamos revisar su aplicación. Tome en cuenta que dependiendo de los fondos y la capacidad, es posible que no podremos aceptar a todas las personas que aplican ****Tenga en cuenta que todo el personal debe registrarse en ECE Workforce Registry y completar su perfil cargando las transcripciones y los certificados de desarrollo profesional.****

**Los centros deben solicitar el estado administrativo en ECE Workforce Registry e incluir una lista de personal con la solicitud. Ejemplo de informe incluido para referencia (Ver Apéndice A).
Por favor visite www.caregistry.org para más información.**

Los Aplicantes serán notificados del estado de su aplicación a más tardar el **1 de septiembre del 2021.**

Aplicantes pueden ser puestos en una lista de espera o volver a aplicar sujeto a los fondos disponibles para el año fiscal 2022-2023. Contacta con Monica Cano 831.755.0300 ext. 386



INFORMACIÓN DEL SITIO

Nombre del Sitio _____
(como aparece en su licencia del sitio)

Nombre Corporativo: _____

Número de Años en Operación: _____ Número de Licencia de Cuidado Infantil: _____

Fecha de Licencia: _____ Capacidad de Licencia: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre del Director(a) del Sitio: _____ Número de registro de ECE: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono: _____

** El director del programa será la persona que firme todos los contratos y memorando de entendimiento (MOU'S) de Quality Matters.*

Nombre del Supervisor del Sitio: _____ Número de registro de ECE: _____

Correo Electrónico: _____ Número de Teléfono: _____

¿Su sitio se basa en operar en días de tiempo completo o días de tiempo parcial? Favor de marcar su respuesta en la caja apropiada y especifique los horarios y días de operación.

Días de Tiempo Completo Días de Tiempo Parcial Ambos Días

¿Cuántas aulas son de día completo? _____ ¿Cuántas aulas son de día parcial? _____

Hora de apertura diaria: _____ Hora de cierre diaria: _____

Número total de meses de operación: _____

Currículo que implementa: _____

¿ Su sitio cierra en cualquier tiempo más de 2-3 semanas consecutivas, incluyendo los veranos?

Sí (responda la siguiente pregunta) No

¿Cuándo toma efecto? (Favor de anotar las fechas aproximadas) _____

****Por favor envíe una copia del calendario operativo de los sitios***

INFORMACIÓN SOBRE LOS FONDOS

¿Cuál de las siguientes estructuras de organización mejor describe su sitio?

- Con fines de Lucro No Lucrativo Agencia Publica Exento de Licencia

Por favor marque todos los recursos de fondos y descripción de su sitio que aplica:

- Early Head Start Head Start Cuotas de Padres/Matrícula Pago Alternativa Cupón
- California State Funded Pre-school (Title 5) Program funded by IDEA, Parte B y C
- Sitios de Titulo 1 State Funded Migrant Sites General Childcare CCTR Infant and Toddler
- Sitios Tribales Centros Privados Titulo 22 Casa bajo licencia de Cuidado Infantil Familiar
- FCCHEN (*agencia de círculo: MAOF, GOKids, CAPSLO, Early Development Services*)
- Otro recurso(s), por favor especifica: _____

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Ciertos servicios de Calidad Importa pueden ser proporcionados en los siguientes idiomas: Español, u otro por petición. Por favor elige el idioma (que no sea Español) por cual tu y/o su PERSONAL puedan necesitar servicios:

- Inglés Otro(s): _____

¿Cuál es el idioma(s) de instrucción en su sitio/programa? _____

¿Está su sitio acreditado por NAEYC? Sí No (En caso afirmativo, por favor proporcione copia del certificado)

¿Su sitio utiliza una herramienta de evaluación del desarrollo validado (como el ASQ.3 o ASQ:SE.2) para evaluar a los niños en su sitio? Sí No

¿Su sitio carga los datos de Resultados deseados en DRDP Online? Sí No

Si su sitio carga los datos de los resultados deseados en DRDP Online, quien ingresa los datos en DRDP enseñe el Sistema: Nombre: _____ Título: _____

¿El personal usa los resultados de DRDP como guía para la planificación de currículo? Sí No

Si respondió "Sí", por favor describa el proceso y la frecuencia en la que aporta esta información.

DEMOGRAFÍA DE NIÑOS

Por favor proporcione el nombre y el título de la persona que registra e inscribe nuevas familias en su sitio:

Nombre: _____ Título: _____

¿Cuántos niños de acuerdo a la siguiente clasificación por edad, están actualmente inscritos en su sitio?

Número de Infantes (0 -17 meses):	Tiempo Completo ()	Tiempo Parcial ()	
Número de Niños Caminantes (18 meses- 35 meses):	Tiempo Completo ()	Tiempo Parcial ()	
Número de Niños en edad Preescolar (36 meses-5 años):	Tiempo Completo ()	Tiempo Parcial ()	
Número de Niños de Edad Escolar (5 años de edad y mayores):	Tiempo Completo ()	Tiempo Parcial ()	
Número total de Niños/Jóvenes atendidos en este sitio:	Tiempo Completo()	Tiempo Parcial()	Total()

Please list the number of children currently enrolled for each category below:

Aprendices de dos idiomas: número de niños que hablan un idioma diferente al inglés en el hogar: _____

Idioma cuenta: Número de niños de hogares por idioma primario:

Inglés=	Cantonese =	Korean =	Filipino =	Mandarin =
Español =	Mixteco =	Arabic =	Punjabi =	ASL= Otra =

Número de niños atendidos por origen:

Grupo étnico:

Etnia Hispáno o Latina: _____ Etnia Desconocida: _____

Raza:

Asiática: _____ Caucásica (Hispano o Latino): _____ Más de Una Raza: _____

Afroamericana: _____ Nativa de Hawái o Otra Isla del Pacífico: _____

Por favor, indique el número de niños que actualmente están inscritos para cada categoría abajo:

Número de niños evaluados con una herramienta de detección de desarrollo: _____

Número de niños que reciben referencias posteriores basadas en los resultados: _____

Número de niños con un IFSP: _____

Número de niños con un IEP: _____

Número de comprobantes: _____

Número de niños sin hogar: _____

Por favor describa las necesidades especiales de salud / discapacidades de los niños actualmente inscritos: Los niños con necesidades especiales de salud / discapacidades están protegidos por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

INFORMACIÓN DEL SALÓN: DUPLICAR ESTE FORMULARIO PARA ANOTAR TODOS LOS SALONES

Para el propósito de QRIS/QIS, favor de identificar el maestro/a principal de cada salón. Si usted no tiene un maestro/a principal (es decir, todos los maestros(as) tienen el mismo título), por favor, designe al maestro/a que tenga las calificaciones y nivel educativo más alto.

1. Nombre del Salón: _____ Edad de los niños en el salón: _____
 Día Entero Día Parcial

Capacidad del salón: _____ Total de niños matriculados: _____

Maestra(o) Principal: _____ Lenguaje del maestra(o) principal: _____

Nombre de Maestro(a)	ECE Workforce Registry ID*	Permiso sostenido	Fecha de inicio del empleo	Correo Electrónico

2. Nombre del Salón: _____ Edad de los niños en el salón: _____
 Día Entero Día Parcial

Capacidad del salón: _____ Total de niños matriculados: _____

Maestra(o) Principal: _____ Lenguaje del maestra(o) principal: _____

Nombre de Maestro(a)	ECE Workforce Registry ID*	Permiso sostenido	Fecha de inicio del empleo	Correo Electrónico

¿Necesita ayuda con el Registro de la fuerza laboral de ECE? Sí No

***Se requiere que todo el personal participante tenga un número de identificación de registro de la fuerza laboral de ECE. Es un recurso que utilizamos cuando calificamos sitios.**

Por favor visita el sitio de el Registro del Personal de Cuidado Infantil y Educación Tema www.caregistry.org para obtener el número de identificación del registro.

CALIFICACIONES

Usted cuenta con dos opciones para participar en La Calidad Importa:

• *Especialización (Calificada) hacia la Mejora y Calificación de Calidad (QRI)*: su programa recibirá evaluaciones confiables de CLASS y ERS, y una calificación de calidad. A través de esta información, usted y un instructor elaborarán un plan de mejora de calidad para ayudarlo a alcanzar sus metas de mejora de la calidad.

• *Especialización (No calificada) hacia la Mejora de Calidad (QI)*: su programa recibirá una guía para empezar su trabajo de mejora de la calidad, que incluye el apoyo para completar una autoevaluación y elaborar un plan de mejora de la calidad.

¿Quiere aplicar como sitio QRIS o QIS (toma en cuenta que su preferencia no está garantizada)?

QRIS QIS Ambos QRIS o QIS

Sitios que ingresan como un sitio QRIS deben pasar al estado calificado dentro de los primeros 6 meses de inscripción. Las calificaciones se publican en el sitio web de Quality Matters www.qualitymattersmonterey.org

¿Estás dispuesto a publicar tu calificación en el sitio web? Sí No

¿Ha evaluado su sitio en el ERS o en la CLASE en los últimos 13 meses por un asesor independiente y confiable? Sí No

En caso afirmativo, explique y proporcione las puntuaciones, la fecha de la evaluación y el nombre del asesor:

¿Tiene un Plan actual para mejorar El Sitio? Sí No

Para las agencias financiadas por el EESD: es decir, FY17 / 18 Escala de evaluación ambiental adecuada para la edad (Formulario 4002), y / o el Perfil de Desarrollo de Resultados Deseados (Formulario 4004), etc.?

Si respondió "Sí", ¿cuáles son sus objetivos para mejorar?

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PARTICIPANTE

Todo el personal deberá obtener un número de identificación del Registro de la fuerza de trabajo de ECE. www.caregistry.org. Si necesita ayuda para obtener un número de identificación de registro, comuníquese con Monica Cano al 831.755.0300 ext. 386

Proporcione nombres del personal adicional, título y número de identificación del registro de la fuerza de trabajo de ECE

NOMBRE	TÍTULO	ECE WORKFORCE ID#

¿Proporciona tiempo para reuniones de personal? Sí No

¿Con qué frecuencia se reúne su personal? _____

¿Cuánto tiempo se reúne su personal? _____

Si no programa reuniones de personal, explique por qué.

En caso afirmativo, describa la estructura de la reunión del personal actual de su sitio:

¿Las reuniones permiten oportunidades de desarrollo del personal? Sí No

¿Podrá Calidad Importa presentar información en este momento si es necesario? Sí No

¿Su agencia proporciona retroalimentación al personal regularmente? Sí No

En caso afirmativo, describa el proceso y la frecuencia de los comentarios (*por ejemplo, reuniones programadas regularmente, reuniones no programadas / según necesidad, revisión de desempeño bianual, etc.*)

Actividades o Programas de Mejoramiento de Desarrollo Profesional ECE

¿Usted o alguien de su personal ha participado en actividades de desarrollo profesional ECE o en programas de mejoramiento de calidad?

Sí (responda la siguiente parte) No

Si respondió "Sí", favor de indicar las actividades siguientes (marque los que aplican en ambas líneas):

	<i>Participando Actualmente</i>	<i>Participando Previamente</i>
AB212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monterey Península College (MPC) - California Early Childhood Mentor Program	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Child Care Initiative Project (CCIP):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASS coaching/training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Community college classes on child development, child care, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CSEFEL (Teaching Pyramid) training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DRDP training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resource and Referral agency trainings on child development and/or child care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Program for Infant Toddler Care (PITC) training and/or consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
First 5 MC Infant, Toddler, Preschool, and Family Mental Health Transdisciplinary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On-site professional development training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Program Administration Scale (PAS)/Business Administration Scale (BAS) Assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
First 5 MC Technical Assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro(s): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asistencia Técnica

Comparta la siguiente información y haga que el personal participante firme la declaración a continuación para confirmar que conoce los asuntos de Calidad Importa y la matriz QRIS y el sistema de soporte del sitio.

SITIOS INSCRITOS SERÁN RESPONSABLES EN COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON TODO EL PERSONAL:

- La intención de Calidad Importa - QRIS y QIS
- Elementos y requisitos incluidos en QRIS y QIS
- Las expectativas de participación del supervisor/a, director/a, o dueño/a.

¿Ha proporcionado la información anterior para todo el personal en su sitio? Sí No

La participación en QRIS puede incluir participar en coaching de asistencia técnica, desarrollo profesional dentro y fuera del sitio, y / o maestros inscribiéndose en cursos universitarios, asistiendo a capacitaciones en la comunidad o participando en capacitaciones en línea.

Proporcione un cronograma anticipado para que su coach asignado visite su sitio para observar al personal y proporcionar asistencia técnica.

Tiempo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana					
Tarde					
Noche					

¿Cómo preferiría reunirse con su entrenador? Virtual En persona Híbrido (los dos)

Sitios QRIS y QI tendrán la oportunidad de participar en **varios talleres**. ¿Está dispuesto y es capaz de viajar a reuniones fuera del lugar en las tardes o los fines de semana? Sí No

Si respondió "No", por favor explique porque:

¿Necesita ayuda usando zoom? Sí No

Firmas del personal:

He sido informado de las oportunidades que QRIS ofrecerá a nuestro sitio y a mi desarrollo profesional personal.

Nombre, Título

Firma

AUTO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LICENCIAS

Las licencias de todos los sitios participantes deben de estar vigentes y en “Estado Satisfactorio”, lo que significa que un centro de cuidado infantil o un hogar familiar de cuidado de niños con licencia no tenga cualquiera de los siguientes actualmente:

- 1) Una conferencia de incumplimiento
- 2) Una acción administrativa tomada o en proceso de ser tomada (incluye rechazó de aplicación, la exención negada, orden de suspensión temporal, la acción de revocación acelerada, la acción de nulidad o la acción de exclusión que se inició, en proceso o ya adoptadas)
- 3) Una licencia de prueba

Si se modifica una licencia de sitio que no sea “en Estado Satisfactorio,” la calificación de QRIS y servicios QIS al sitio serán suspendido (calificaciones serán suspendidos y el programa no recibiera recursos de mejoramiento al nivel de los sitios QRIS o QIS, incluyendo incentivos financieros, asistencia técnica, y entrenamiento en el sitio).

- Yo certifico que mi sitio está en **ESTADO SATISFACTORIO** con Community Care Licensing
- Yo certifico que mi sitio **NO ESTÁ EN ESTADO SATISFACTORIO** con Community Care Licensing.

Si esto se debe a una audiencia de no conformidad, por favor complete los siguientes ítems:

Fecha de la Audiencia: _____

Fecha anticipada que el sitio cambiará a “Estado Satisfactorio”: _____

Resumen de la razón para la audición o adjuntar documentación

*** Si no está seguro(a) de si su sitio está en “**ESTADO SATISFACTORIO**” con Community Care Licensing, por favor comunicarse con la Community Care Licensing al (408) 324-2148.

*****Toma en Cuenta: QRIS del Condado de Monterey se comunica con Community Care Licensing para verificar si su sitio está en “ESTADO SATISFACTORIO.”**



Certifico que la información proveída en esta aplicación es verdadera y correcta. Este formulario le otorga permiso al personal de QRIS para analizar mi aplicación con agencias asociadas con QRIS, Community Care Licensing y los fundadores de QRIS.

 Firma Autorizada

 Fecha

 Escriba su nombre/ Título (Director)

Para más información y recursos adicionales , por favor visita:
[El Sitio de internet de Quality Matters Monterey County](http://www.qualitymattersmonterey.org)
www.qualitymattersmonterey.org

For Internal QRIS Office use:	
Date Received: _____	Initials: _____
Licensed Capacity: ____	
# Classrooms onsite: ____	
circle status:	
Site/District Calendar: Yes / No	Funding Source: Private State Blended
Serves Infants/Toddlers: Yes / No	ECE Registry Program Staff Report : Yes / No
Facility Evaluation Reports: Yes / No	Close for more than 3 weeks: summer winter
Accepted / Waiting List: QI QRIS Denied	