# A picture containing drawing, plate Description automatically generated

# 

# FY 20/21 Primeros 5 San Benito Programa de Calidad Cuenta

# Certificación de Participante de Cumplimiento del Programa

**Certificación de Elegibilidad del Programa**

Certifico que cumplo con los requisitos de inscripción para participar en el programa Calidad Cuenta de Primeros 5 San Benito para el año fiscal **2020-2021**.

1. Actualmente trabajo un mínimo de 15 horas semanales en un centro con licencia o exento de licencia con niños de 0-5 años de edad.

# Certificación de Expectativas del Programa

Completaré los siguientes requisitos anuales del programa:

* 1. Continuar trabajando durante los siguientes nueve meses en un centro con licencia o exento de licencia con niños de 0-5 años de edad. (Participantes Temporales del Programa Migrante están exentos del requisito de nueve meses.)
  2. Participar en las actividades de Road Map to Kindergarten.
  3. Completar la encuesta anual de Participantes del programa Calidad Cuenta.
  4. Completar las evaluaciones requeridas que incluyen el ASQ y el PKOF.
  5. Participar en otras actividades de evaluación de Calidad Cuenta que pueden incluir encuestas o llamadas de seguimiento.
  6. Estar de acuerdo en aceptar la responsabilidad por el cuidado y entrega de cualquier equipo o materiales que me han prestado para completar los requisitos del programa Calidad Cuenta, y utilizar el equipo y los materiales solo para los propósitos autorizados.

He obtenido la autorización del dueño/director para participar plenamente en Calidad Cuenta.

Nombre del participante:

Firma:

# Reconocimiento Sobre Información Personal

Además, reconozco que mi información personal obtenida para este programa financiado por el gobierno está protegida por la Ley de Practicas de Información (Information Practices Act, IPA) (Código Civil, Secciones 1798 *y siguientes*.). Primeros 5 de San Benito es la agencia estatal que solicita la información para fines de implementar el programa y evaluar los resultados del programa. Según la ley del IPA, tengo derecho a inspeccionar la información acerca de mí que mantiene Primeros 5 de San Benito o sus agentes, incluyendo la Agencia Principal que ha recibido mi solicitud para participar en este programa, así como el derecho a impugnar el contenido de esta información.

Primeros 5 de San Benito es una agencia estatal autorizada por el Código de Salud y Seguridad, Secciones 130100 *y siguientes* para implementar y evaluar programas diseñados con el fin de mejorar el desarrollo de niños de 0-5 años de edad y sus familias. Calidad Cuenta es un programa voluntario financiado con dinero de impuestos. Primeros 5 de San Benito se encarga de supervisarlo y las Agencias Principales de los condados locales lo implementan a fin de crear oportunidades de desarrollo profesional en la educación temprana. La participación en el programa no es obligatoria sino una oportunidad para el desarrollo profesional de los educadores de la educación infantil temprana. Primeros 5 San Benito pide información personal de los participantes para garantizar que el programa funcione como está previsto y también para realizar estudios y evaluar el impacto que el programa tiene en los participantes y sus clases de educación temprana. La información se utilizará para estos propósitos y se divulgará únicamente a Primeros 5 San Benito y al personal de las Agencias Principales, o a sus asesores, que necesiten esta información para lograr estos propósitos. Comprendo que dar la información que se solicita es un requisito para recibir los servicios y beneficios de este programa y que si no doy la información que se solicita, no calificaré para participar en el programa. También comprendo que tengo el derecho a revisar los expedientes y a impugnar el contenido de mi información personal y que puedo solicitarlos escribiendo a:

Oficina de la Directora Ejecutiva First 5 San Benito

351 Tres Pinos Rd. Suite 100-A Hollister, CA 95023

Tel: 831-634-2046

Fax: 831-634-2046

[ed@first5sb.org](mailto:ed@first5sb.org)

Fecha:

Nombre del participante:

Firma:

Condado:

**Información Personal**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Primer Nombre: |  | | Segundo nombre (opcional) |  |
| Apellido |  | | Apellido usado anterior (si es aplicable) |  |
| Fecha de nacimiento | / / | | Condado de  participación |  |
| Últimos 5 números de su Número de Seguro Social (SSN) (opcional) | |  | Sexo Hombre Mujer No deseo contestar | |
| ¿Cuál es su etnia/raza? *(Seleccione todos los que correspondan.)*  Indígena americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las islas del Pacifico  Asiático Blanco  Negro o afroamericano Otro  Hispano o latino No deseo contestar | | | | |
| ¿Cuál es su idioma principal? *(seleccione una)*  Ingles Árabe Japonés Ruso  Español Armenio Coreano Filipino (Pilipino o tógalo)  Cantonés Mandarín Vietnamita Hmong  Punjabi Otra | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuál es su nivel más alto de estudios? *(Seleccione uno)*** | |
| * Menos de un diploma de secundaria o GED * Diploma de secundaria o GED   Fecha de obtención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Unos años de universidad * Título de asociado (título de 2 años)   Fecha de obtención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Licenciatura (título universitario de 4 años)   Fecha de obtención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Maestría   Fecha de obtención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Doctorado u otro título de educación superior   Fecha de obtención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Indique los títulos o diplomas relacionados con la educación Infantil Temprana (ECE) o Desarrollo Infantil (CD) que haya obtenido hasta la fecha en una universidad acreditada. *(Seleccione todos los que correspondan)*** | |
| * Título de asociado (título de 2 años) * Maestría | * Licenciatura (o título universitario de 4 años) * Doctorado u otro título de educación superior |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domicilio | |  | | | | |
| Ciudad |  | | Estado |  | Código |  |
| Dirección Alternativa | |  | | | | |
| Ciudad |  | | Estado |  | Código |  |
| Tipo de dirección | | Casa Trabajo Otro | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número de teléfono |  | Celular Casa Trabajo |
| Correo Electrónico |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Cuál nivel de permiso de desarrollo infantil posee? *(Seleccione uno)*** | | | |
| * Asistente * Supervisor en el centro * Credenciales de Maestro más de 12 unidades en ECE/CD | * Maestro Asociado * Director de programa * No poseo permiso | * Maestro * Permiso de instrucción en centro de niños | * Maestro Titular * Permiso de supervisor de centro de niños |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál es el total número de unidades en la educación Infantil Temprana/Desarrollo Infantil (ECE/CD) que ha completado hasta la fecha? | Unidades |
| ¿Cuántos años ha trabajado con niños (ECE/CD)? | Años |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Califique su familiaridad con el uso de las evaluaciones/exámenes siguientes:** | | | | | |
|  | **Nada** | **Un poco** | **Algo** | **Moderado** | **Mucha** |
| Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ) |  |  |  |  |  |
| Cuestionario de Edades y Etapas: Socioemocional (ASQ-SE) |  |  |  |  |  |
| Perfil de Desarrollo de Resultados Deseados  (DRDP) |  |  |  |  |  |
| Escalas de calificación del ambiente  ITERS/ECERS/FCCERS |  |  |  |  |  |
| Sistema de calcificación de la evaluación del salón (CLASS) |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuáles temas de desarrollo profesional le interesan a usted?**  ***(Seleccione todos los que apliquen)*** | |
| * Desarrollo Infantil y la Preparación para la Escuela | * Evaluaciones del desarrollo y salud   (incluyendo: ASQ, ASQ-SE) |
| * Participación familiar y comunitaria | * Capacidad cultural en el trabajo con niños y familias |
| * Desarrollo curricular | * El cuidado de niños de grupos mixtos en edad |
| * Seguridad, salud y nutrición (Incluyendo CPR and Primeros Auxilios) | * Administración y liderazgo |
| * Interacciones eficaces entre el maestro y el niño | * Apoyo a niños con necesidades especiales |
| * Desarrollo del lenguaje dual | * Salud mental infantil |
| * Desarrollar un ambiente de calidad en el programa de cuidado de niños | * Abordar las necesidades de los niños y familias que han sido expuestos a la violencia y trauma |
| * Otro (por favor explique): | * Ni uno de estos |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuáles son las mayores barreras al acceso a oportunidades de desarrollo profesional para usted? *(marque todos que aplican)*** | |
| * Costo | * No se ofrecen en el horario que puedo asistir |
| * Temas que me interesan/ocupo no son ofrecidas | * Falta de cuidado de niños para mi (por ejemplo, si está programado fuera de las horas de trabajo) |
| * Falta de entrenamientos/clases en otros idiomas que no sean el inglés | * Otro |
| * No hay barreras |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del centro donde trabaja |  | | | | | |
| Dirección del Centro |  | | | | | |
| Ciudad |  | | Estado |  | Código |  |
| Número de teléfono |  | Correo Electrónico | | | | |
| Nombre y Apellido del director/dueño | |  | | | | |

**Centro donde Trabaja Actualmente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numero de licencia del centro | | Fecha en que se recibió la licencia  / / |
| Tipo de Licencia   * Hogar de cuidado infantil grande * Hogar de cuidado infantil chico * Centro de cuidado infantil | Fecha en que se vence la licencia  / / | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Qué tipo de fondos recibe su centro?** | | | | | |
| Tipo de fondos | Agencia de financiación | Propósito | Fecha de inicio | Fecha que termina | Cantidad |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de centro o programa *(Seleccione uno)*** | |
| * Centro de cuidado infantil/Programa de educación infantil temprana con licencia * Centro exento de licencia * Migrante * Militar | * Hogar de cuidado infantil familiar con licencia * Tribal * Otro |

|  |  |
| --- | --- |
| **Por favor indique los días y las horas de cuidado que ofrece en su centro/programa *(Marque todos los que apliquen)*** | |
| * Cuidado de 24 horas * Después de escuela * Antes de escuela * Dia completo | * Medio día * Cuidado de noche * Dia de escuela * Cuidado de fin de semana |

|  |  |
| --- | --- |
| **Por favor indique cuantos meses del año ofrece cuidado en su centro/programa *(Seleccione uno)*** | |
| * 3 meses * 8 meses * Año completo | * Medio año * Año escolar |

|  |  |
| --- | --- |
| **Por favor indique cuales servicios ofrece en su centro/programa *(Marque todos los que apliquen)*** | |
| * Papas pueden visitar el centro en cualquier momento mientras esté abierto * Alimentación | * Cuidado infantil * Transportación |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuál es el cupo total de su centro/programa?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuál es el número total de niños inscritos en su programa de cada edad?** | |
| Infantes (Nacimiento a 17 meses) |  |
| Niñitos (18 a 35 meses) |  |
| Preescolar (36 meses a la entrada al Kínder) |  |
| Kínder y más grande |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Por favor conteste las siguientes preguntas sobre los niños en su programa/centro.** | |
| ¿Cuál es el número de niños que están aprendiendo el inglés? |  |
| ¿Cuál es el número de niños que han sido evaluados con una encuesta del desarrollo? |  |
| ¿Cuál es el número de niños que han recibido referencias basadas en la evaluación? |  |
| ¿Cuál es el número de niños con impedimentos? |  |
| ¿Cuál es el número de niños con Planes de Servicios Individuales (IFSP)? |  |
| ¿Cuál es el número de niños con Planes Individuales de Educación (IEP)? |  |
| ¿Cuál es el número total de pagos con cupón que recibe? |  |
| ¿Cuál es el número de niños sin vivienda? |  |
| ¿Cuál es el número de niños que son de una casa hogar? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuántos niños en su programa hablan en los siguientes lenguajes?** | |
| Ingles |  |
| Español |  |
| Mandarín |  |
| Cantonés |  |
| Vietnamés |  |
| Hmong |  |
| Japones |  |
| Filipino o Tógalo |  |
| Coreano |  |
| Punjabi |  |
| Ruso |  |
| Árabe |  |
| Armenio |  |
| Otro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuántos niños en su programa son \_\_\_\_\_\_\_?** | |
| Blancos (no hispano) |  |
| Hispano o Latino |  |
| Asiático |  |
| Negro o afroamericano |  |
| Indígena americano o nativo de Alaska |  |
| Nativo de Hawái o de las islas del Pacifico |  |
| Multirracial |  |
| Otro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuántos maestro(a)s en su centro tienen los siguientes títulos (solo considere el titulo más alto obtenido)?** | |
| Diploma de escuela secundaria o GED |  |
| Título de Asociado |  |
| Bachillerato (Titulo de 4 años) |  |
| Título de Maestría |  |
| Doctorado u otro título avanzado |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuántos maestro(a)s en su centro tienen los siguientes Permisos de Desarrollo Infantil?** | |
| Asistente |  |
| Asistente de Maestro(a) |  |
| Permiso de Instrucción del Centro Infantil |  |
| Permiso de Supervisión del Centro Infantil |  |
| Maestro(a) Principal |  |
| Director(a) del Programa |  |
| Supervisor(a) de Centro |  |
| Credencial de Enseñanza y 12 unidades de ECE/CD |  |
| Maestro(a) |  |

**Por favor conteste las siguientes preguntas para cada salón en su centro/programa.**

**SALÓN 1**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál es el cupo del salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niños inscritos en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de adultos en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niños en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niñas en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niños que están aprendiendo el inglés en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niños con impedimentos en el salón? |  |
| Por favor describa los tipos de impedimentos que tienen los niños en el salón | |

|  |
| --- |
| **¿Cuáles son las edades del grupo en el salón?** |
| * Infantes (nacimiento a 17 meses) * Niñitos (18 a 35 meses) * Preescolar (36 meses a comienzo de Kínder) * Kínder y más grande * Niños de varias edades |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Cuál es el lenguaje principal que usted habla con los niños en el salón? *(Seleccione uno)*** | | | |
| * Ingles * Español | * Árabe * Armenio * Cantones * Hmong | * Japones * Coreano * Mandarín * Punjabi | * Ruso * Filipino (Pilipino o Tógalo) * Vietnamés * Otro |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Cuáles otros lenguajes hablan con los niños en el salón? *(Seleccione todos los que apliquen)*** | | | |
| * Ingles * Español | * Árabe * Armenio * Cantones * Hmong | * Japones * Coreano * Mandarín * Punjabi | * Ruso * Filipino (Pilipino o Tógalo) * Vietnamés * Otro |

**SALÓN 2**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál es el cupo del salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niños inscritos en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de adultos en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niños en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niñas en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niños que están aprendiendo el inglés en el salón? |  |
| ¿Cuál es el número total de niños con impedimentos en el salón? |  |
| Por favor describa los tipos de impedimentos que tienen los niños en el salón | |

|  |
| --- |
| **¿Cuáles son las edades del grupo en el salón?** |
| * Infantes (nacimiento a 17 meses) * Niñitos (18 a 35 meses) * Preescolar (36 meses a comienzo de Kínder) * Kínder y más grande * Niños de varias edades |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Cuál es el lenguaje principal que usted habla con los niños en el salón? *(Seleccione uno)*** | | | |
| * Ingles * Español | * Árabe * Armenio * Cantones * Hmong | * Japones * Coreano * Mandarín * Punjabi | * Ruso * Filipino (Pilipino o Tógalo) * Vietnamés * Otro |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Cuáles otros lenguajes hablan con los niños en el salón? *(Seleccione todos los que apliquen)*** | | | |
| * Ingles * Español | * Árabe * Armenio * Cantones * Hmong | * Japones * Coreano * Mandarín * Punjabi | * Ruso * Filipino (Pilipino o Tógalo) * Vietnamés * Otro |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Al firmar este documento, certifico que toda la información proporcionada más arriba es verdadera y correcta.* | | | |
| Firma |  | Fecha |  |