

# ALL OUR KIN - POSTULACIÓN A EARLY HEAD START PARA PROVEEDOR 2017

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 una programa de consultoría educativa de All Our Kin.
- Necesita tener un programa de cuidado infantil funcionando durante el año pasado hasta ahora.

Por favor, adjunte y envíe su curriculum vitae junto con esta solicitud complete.

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			
Diploma de Escuela	Fecha Recibido		De donde
Diploma de Universidad	Fecha Recibido		De donde
CDA	Fecha Recibido		De Donde
Otro entrenamiento y certificación	Fecha Recibido		De Donde
Otro entrenamiento y certificación	Fecha Recibido		De donde
Otro entrenamiento y certificación	Fecha Recibido		De donde

REFERENCIAS DE LOS APODERADOS	
<i>Por favor nombrar a tres apoderados, cuyos niños usted cuida actualmente o ha cuidado durante el último año.</i>	
Nombre completo:	Fechas de cuidado:
Parentesco con niño:	Fono ( )
Dirección:	
Nombre completo:	Fechas de cuidado:
Parentesco con niño:	Fono ( )
Dirección:	
Nombre completo:	Fechas de cuidado:
Parentesco con niño:	Fono ( )
Dirección	

<b>INFORMACIÓN ACTUAL DE SU PROGRAMA</b>			
<i>Por favor, cuéntenos más acerca del programa que usted opera hoy en día.</i>			
¿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?			
¿Desde cuándo que usted tiene licencia?		# de Licencia del Programa	
Si no es la misma que su dirección particular, ¿cuál es la dirección de su programa?			
Calle:		Ciudad:	C.P.: Fono #:
¿En qué horario opera su programa actualmente?			
¿Cuándo cierra su programa (ej. durante el verano, feriados)?			
¿Tiene asistentes?			
¿Tiene sustitutos?			
¿Sus sustitutos y asistentes tienen una licencia vigente y válido del CT OEC?			
¿Tiene un currículum? De ser sí, favor de describir o dar el nombre. ¿Está familiarizado con las estrategias de enseñanza GOLD? Si la respuesta es sí, ¿como?			
¿Está dispuesto a recibir visitas semanales de consejeros del programa, entre ellas algunas que no son anunciadas?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Está dispuesto a abrir su programa a visitas mensuales de una enfermera y otros especialistas de salud, cuando sean necesarias, para el apoyo y el bienestar de los niños?
			Sí <input type="checkbox"/>
			NO <input type="checkbox"/>
¿Está dispuesto a llevar a cabo una visita al hogar de cada familia y tener reuniones individuales cuando sean necesarias, trabajando en conjunto con ellos para cumplir con sus necesidades y las de sus niños?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Está dispuesto a cumplir con estándares nacionales de calidad y usar un currículum aprobado para planificar su enseñanza?
			Sí <input type="checkbox"/>
			NO <input type="checkbox"/>
¿Está dispuesto a mantener registros de la asistencia y del crecimiento y el progreso de los niños?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Está dispuesto a asistir a talleres y participar en desarrollo profesional y entrenamiento continuo?
			Sí <input type="checkbox"/>
			NO <input type="checkbox"/>
<b>LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA</b>			
Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas, según mi leal saber y entender. Comprendo que información falsa o engañosa en mi postulación o entrevista puede resultar en la discontinuación de mi participación en el programa de Early Head Start en All Our Kin.			
Firma		Fecha	
<i>*Favor de enviar este postulación – con su currículum vitae y una copia de su CDA o Grado Asociado - por correo tradicional, o venir a dejar esta postulación a AOK, 414A Chapel St, #100, New Haven, CT 06511, or o electrónicamente a kara@allourkin.org.</i>			

**Ensayos Cortos:** Por favor conteste estas preguntas de la manera más completa posible. Puede también adjuntar hojas adicionales si le falta espacio para escribir. Por último, si lo desea, puede incluir materiales adicionales que usted considera que apoyarían su postulación.

1. ¿Por qué quiere participar en el programa de Early Head Start a través de All Our Kin?

2. ¿Qué es lo que más le gusta de ser un proveedor de cuidado de niños profesional? ¿Por qué haces lo que haces?

3. Describa cómo se asociaría con un consultor educativo de All Our Kin para apoyar el crecimiento y desarrollo de los niños. ¿Cuales aspectos de su programa crees que la retroalimentación y el apoyo de un consultor educativo sería de gran ayuda?

4. Describa los métodos actuales de mantenimiento de registros (asistencia, información médica del niño, planificación de la actividad / plan de estudios, etc.) que utiliza en su programa de cuidado de niños.

5. ¿Cuáles son las fortalezas actuales de su programa de cuidado de niños?

6. ¿Cuál crees que será el mayor desafío para usted si participa en Early Head Start?