



Facility Name:	License No
Date:	<input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Reopen <input type="checkbox"/> Address Change
Licensing Specialist:	Facility Email:

Indicadores de Calidad en Cuidado Infantil

Centro de Cuidado Infantil Certificado

Tamaño de Grupo, Proporción de Personal/Niño y Estado de Acreditación

El tamaño y número de proveedores para cada grupo típicamente varían a lo largo del día. Dentro de regulaciones estatales, los directores del sitio establecen el número máximo de niños en el grupo, y el número de proveedores para trabajar con el mismo. Esos números son típicamente los compartidos con padres cuando se refieren al tamaño del grupo en proporción al número de personal/niño.

En la siguiente sección, por favor indique el número de niños en cada categoría de edad que su instalación atiende, y el número de personal de enseñanza (maestros) para cada grupo. Use los mismos números e información que el Director proporcionaría a un padre que pregunte sobre el tamaño del grupo en proporción al número de personal/niño en el Centro de Cuidado Infantil Certificado.

NOTA: Empresas con multi-sitios bajo la misma asociación- **el Director en cada uno de los sitios** debe completar una de estas formas por separado.

TABLA 3A			O	TABLA 3B		
Edad de los Niños	Número Máximo de Niños en el Grupo	Número Mínimo de Proveedores para este Grupo		Edad de los Niños	Número Máximo de Niños en el Grupo	Número Mínimo de Proveedores para este Grupo
Seis Semanas de Edad a 23 Meses			Seis Semanas de Edad y Menor de 30 Meses			
24 Meses de Edad a 35 Meses			30 Meses de Edad hasta la Etapa en Jardín de Infancia			
36 Meses de Edad hasta la Etapa en Jardín de Infancia			Asistiendo a Jardín de Infancia o Mayores			
Asistiendo a Jardín de Infancia o Mayores						

- (1) ¿Cual es el límite de sueldo en dólares por hora para las posiciones de su Maestro(a) y Maestro(a) Líder?
 - (a) **Maestro(a):** mínimo \$ _____ al **mas alto** \$ _____
 - (b) **Maestro(a) Líder:** mínimo \$ _____ al **mas alto** \$ _____
- (2) ¿Contribuye el establecimiento con alguna cantidad numérica en dólares hacia beneficios médicos (incluyendo salud, dental, y visión)? SI NO
- (3) ¿Provee el establecimiento algún otro beneficio? SI NO
Si la respuesta es sí, dé una descripción de esos beneficios:

Organización de Acreditación Nacional

Por favor complete la siguiente sección si su empresa esta acreditada nacionalmente de acuerdo a los Estándares de Oregon para Acreditación (Si usted esta inseguro si su instalación reúne los Estándares de Oregon, puede visitar el sitio www.oregonchildcare.org para más información).

La Fecha de Vencimiento

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> NAEYC- Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños | _____/_____/_____ |
| <input type="checkbox"/> NAA- Asociación Nacional para después de Escuela | _____/_____/_____ |
| <input type="checkbox"/> ACSI- Asociación para Escuela Cristiana Internacional | _____/_____/_____ |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | _____/_____/_____ |