

Solicitud de Fondos de Participación de Redes Enfocadas en el Cuidado Infantil

Condiciones para recibir los fondos de participación de la FCCN

¿Quién es elegible? Proveedores y programas con licencia o exentos de licencia que participan en las Redes Enfocadas en el Cuidado Infantil (FCCN) con fecha de inicio a partir del 1 de enero de 2021 que no han recibido previamente dos años de Pagos de Participación de FCCN o fondos de Apoyo e Incentivos de FCCN.

¿Cuánto pueden recibir los programas? \$1,250-\$1,750 por año (2 pagos) por un total de \$2,500 a \$3,500 (dependiendo de la capacidad del programa).

¿Es necesaria la participación de Spark? No, no es necesaria la participación de Spark. Si desea participar, hay fondos y apoyos adicionales disponibles. Para obtener más información y comenzar, visite oregonspark.org.

¿Cuál es el proceso para recibir fondos?

Año 1:

- Únase a un FCCN y firme un acuerdo de participación del FCCN con su Especialista en Mejora de la Calidad (QIS) en su CCR&R local.
- Trabaje con su QIS para elegir al menos 1 meta significativa para completar durante el próximo año.
- **Complete y envíe este formulario, con su firma de QIS, para solicitar los fondos del año 1.**
- Trabaje para lograr su(s) meta(s) con la ayuda de su QIS y cumpla con otros términos de su acuerdo durante el año.

Año 2:

- Revise el progreso hacia su(s) meta(s) del año 1 con su QIS y elija al menos 1 meta para el año 2.
- **Complete y envíe este formulario, con su firma de QIS, para solicitar los fondos del año 2.**
- Continúe trabajando en su(s) meta(s) del año 2 con su QIS y cumpla con otros términos de su acuerdo durante el año.

¿Cómo envío este formulario? Este formulario se puede descargar, completar y enviar a través del portal de Formularios de Pagos del TRI en <https://wou.edu/tri/forms/>. También debe presentar un formulario W-9 de sustituto de WOU. Las instrucciones y los tutoriales en vídeo están disponibles en el portal. Los formularios ilegibles, incompletos o sin firmar, o que no incluyan un W-9 sustituto de WOU, causarán retrasos en recibir el pago.

Nombre del programa/proveedor	Fecha
Licencia del programa # <input type="checkbox"/> Sin Licencia	# de Teléfono
Nombre del participante clave (Director/Coach, etc.) si es diferente	Dirección de correo electrónico
Dirección para correspondencia:	Dirección física: <input type="checkbox"/> Marque si es igual que la dirección postal
Dirección de la calle	Dirección de la calle
Ciudad	Ciudad
Estado	Estado
código postal	código postal
Condado (de ubicación física)	

Información del programa:

¿Tu programa está actualmente en Spark?
 Sí No

Si la respuesta es no, ¿su programa se postulará a Spark?
 Sí No No estoy seguro

Grupos de edad atendidos	Marque los grupos atendidos	Número de inscritos	Marque los grupos atendidos	Número de inscritos
	<input type="checkbox"/> 6 semanas – 17 meses		<input type="checkbox"/> Niños de 4 años	
	<input type="checkbox"/> 18 meses – 35 meses		<input type="checkbox"/> Niños de 5 años	
	<input type="checkbox"/> Niños de 3 años		<input type="checkbox"/> Niños de 6 a 12 años	

Número de niños atendidos que están recibiendo servicios de educación especial (en un IFSP o IEP): _____

Tamaño/tipo de programa	Solicitud de pago de cheques (solo uno por formulario)	
Comprobar el tamaño/tipo de programa	1º Pago	2º Pago
<input type="checkbox"/> Sin licencia/Exento de licencia*	<input type="checkbox"/> \$1,250	<input type="checkbox"/> \$1,250
<input type="checkbox"/> Programa pequeño (capacidad de 1 a 20 licencias)	<input type="checkbox"/> \$1,250	<input type="checkbox"/> \$1,250
<input type="checkbox"/> Programa mediano (capacidad de 21 a 49 licencias)	<input type="checkbox"/> \$1,500	<input type="checkbox"/> \$1,500
<input type="checkbox"/> Programa grande (capacidad de 50+ licencias)	<input type="checkbox"/> \$1,750	<input type="checkbox"/> \$1,750

* Los programas sin licencia pueden presentar documentación de inscripción si la inscripción es superior a 20 para calificar para una mayor cantidad de fondos.

Declaraciones de objetivos	
Marque:	<input type="checkbox"/> Año 1 <input type="checkbox"/> Año 2 <input type="checkbox"/> si se presenta para el año 2, el progreso hacia la(s) meta(s) del año 1 fue revisado por QIS y el participante
Meta(s):	

Tabla de Presupuesto de los Fondos de Participación de FCCN	
---	--

Gastos no permitidos:	<ul style="list-style-type: none"> Mejoras de capital (cambio estructural permanente a la propiedad) Materiales sectarios (textos religiosos) El uso personal no está relacionado con las mejoras del programa Costos de operación (factura de luz, agua, alquiler, etc.)
------------------------------	---

Dominio de Spark		Descripción	Costo
LD	a. Currículo del programa, evaluación del niño y/o herramientas de evaluación		
LD	b. Materiales para apoyar el aprendizaje y el desarrollo de los niños		
HS	c. Materiales para mejorar las prácticas de salud y seguridad		
PQ	d. Desarrollo profesional para el personal o para uno mismo		
FP	e. Materiales para apoyar una mayor participación de la familia		
AB	f. Materiales para mejorar las prácticas de negocios		
Total			

Acuerdos de participación de FCCN:

<p>He leído y acepto los términos para recibir los Fondos de Participación de FCCN enumerados anteriormente para mi programa. Entiendo que esto significa que mi programa tiene un acuerdo de participación de FCCN firmado con mi CCR&R y está trabajando con mi QIS para implementar las metas de mejora de la calidad enumeradas anteriormente en mi programa y cumple con todos los requisitos del acuerdo.</p>	<p>Inicial</p> <input type="checkbox"/>
<p>Estoy de acuerdo en gastar los fondos recibidos de la manera indicada en la Tabla de Presupuesto de Fondos de Participación de FCCN y comunicaré cualquier cambio importante a mi QIS antes de realizar cambios en el plan. Utilizaré todos los fondos para mejorar la calidad de mi programa y cumplir con los objetivos establecidos y no utilizaré los fondos recibidos de ninguna de las formas enumeradas en este documento como inapropiadas o que se entiendan razonablemente como inapropiadas.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Acepto conservar mis recibos durante un mínimo de 7 años en caso de una auditoría para verificar cómo se utilizaron los fondos. También acepto estar sujeto a dicha auditoría si se elige de forma aleatoria o como resultado de una investigación.</p>	<input type="checkbox"/>

Al firmar a continuación, verifico que la información enviada sea precisa y que mi programa no haya recibido fondos de FCCN anteriormente.

Firma del participante	Fecha
------------------------	-------

Aprobación del especialista en mejora de la calidad:

Este programa ha firmado un acuerdo de participación de FCCN y hemos trabajado juntos para establecer las metas enumeradas anteriormente.

Firma QIS

Fecha

Nombre impreso de QIS

Dirección de correo electrónico de QIS

Entrada a FCCN (Fecha del acuerdo) La fecha se ingresa en FCCO

de Teléfono**Envíe a través del Portal de pagos:**<https://wou.edu/tri/forms/>**Si necesita ayuda, comuníquese con:**Correo electrónico: TRIPayments@wou.edu

Línea de ayuda: 503-838-8008

Solo para uso en oficina/For Office Use Only:

Amount Requesting:

Amount:

Database Entry Done:

Invoice #:

 Payment FN Funds Age Range

Index #:

Reviewed/verified by:

Account Code:

Date:

Approved by: