



Aplicación de Beca para Credenciales

Requisitos: Debe de ser una proveedora de cuidado de niños regulada por el estado de Florida y un miembro o (a) de FFCCHA por un año sin haber o tener un lapso en la membresía.



Aplica por: \$_____ \$50 \$160 \$250 \$300

Proveedoras de Maestro-Nuevo

Proveedoras de Maestro-Renovación

Mentora Certificada 1

Mentora Certificada 2

Cuatro Pasos Entrenamiento para Formadores

Cuatro Pasos

Acreditación Nueva de NAFCC: Auto Estudio

Aplicación para Acreditación de NAFCC

Aplicación de Re-acreditación de NAFCC

Aplicación Anual de Renovación para NAFCC

Actualización de Observadora de NAFCC

Nota: \$300/por persona/por año es el máximo que se puede otorgar en el periodo de tiempo de Julio 1, 2018 al Junio 30, 2019. Por eso usted debe comprometerse a pagar el balance de la credencial si excede más de los \$300.

Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de su negocio como aparece en su licencia: _____

Dirección postal: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Celular: _____

marque todas las que aplican: Registrada Licenciada Large Licenciada VPK CDA Acreditada por NAFCC desde _____

Chapter local de FFCCHA: _____ Area #: _____

Nombre del president local (chapter): _____

Desde cuando es miembro de su chapter local? _____

Ha tenido un liderazgo o participación con su chapter? _____

Ha tenido un liderazgo o participación con FFCCHA? _____

Desde hace cuanto es usted una proveedora de cuidado de niños a tiempo completo? _____

Lista de otras experiencias relacionadas con el cuidado de niños? _____

Cuales son sus planes futuros como proveedora de cuidado de niños? _____

Explique brevemente como le beneficia esta beca a usted, los niños, sus clientes y otras proveedoras: _____

Si la credencial por la que usted esta aplicando excede los \$300 como planea usted pagar el balance? _____

Usted esta de acuerdo en firmar un contrato y devolver el dinero que se le otorga, si usted no cumple con el propósito de becas dentro de un acuerdo sobre el tiempo límite? Si No

Favor de someter esta aplicación junto con **dos cartas de recomendación** de cualquiera de las identidades siguientes: la coalición de aprendizaje temprano, su chapter local de FFCCHA, un padre de familia actual, de el programa de nutrición, un instructor, el departamento de licencias, un colegio estatal o comunitario.

Por favor enviar por correo a:
FFCCHA Becas c/o Abbie Bill
9207 Edgemont Lane
Boca Raton, FL 33434

Preguntas? Por favor llamar a Patricia Ortiz al [813-325-1775](tel:813-325-1775) o por correo electrónico: noahsarktampa0823@gmail.com

Questions? Please call Abbie Bill at 561-482-6038 or e-mail: aright933@aol.com

Aplicación Revisada 1/2019

Verificación de Oficina _____ Regulación _____ Miembro desde _____ Fecha de expiración _____