



# Aplicación de Beca para Credenciales

Requisitos: Debe de ser una proveedora de Cuidado Infantil Familiar registrada por el estado de Florida y miembro de FFCCHA.



Aplica por: \$160 \$315 \$325 \$\_\_\_\_\_

Acreditación Nueva de NAFCC: Auto Estudio

Aplicación de Re-acreditación de NAFCC

Aplicación para Acreditación de NAFCC

Aplicación Anual de Renovación para NAFCC

*Nota: \$600/por persona/por año es el máximo que se puede otorgar en el periodo de tiempo de Julio 1, 2020 al Junio 30, 2021.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de su negocio como aparece en su licencia: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Por favor marcar: Registrada Licencia Regular Licencia Grande VPK CDA Acreditada por NAFCC desde \_\_\_\_\_

Asociación local (chapter) de FFCCHA: \_\_\_\_\_ Area #: \_\_\_\_\_

Nombre del presidente local ( chapter): \_\_\_\_\_

Desde cuando es miembro de su asociación (chapter) local? \_\_\_\_\_

Ha tenido un liderazgo o participación con su asociación (chapter)? \_\_\_\_\_

Ha tenido un liderazgo o participación con FFCCHA? \_\_\_\_\_

Desde cuando es usted una proveedora de Cuidado Infantil Familiar 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor de someter esta aplicación junto con **dos cartas de recomendación** puede ser con cualquiera de las

identidades siguientes: la coalición de aprendizaje temprano, su asociación (chapter) local de FFCCHA, un padre

de familia actual, el programa de nutrición, un instructor, el departamento de licencias, un colegio estatal o

comunitario.

También incluya una copia de su tarjeta de membresía actual de NAFCC o su recibo de compra.

**Enviar por correo electrónico a: [aright933@aol.com](mailto:aright933@aol.com)**

**o Por favor enviar por correo postal a:**

**FFCCHA Becas c/o Abbie Bill**

9207 Edgemont Lane

Boca Raton, FL 33434

Toda correspondencia es por correo electrónico, así que asegúrese de que su correo electrónico sea

válido y verifíquelo con frecuencia después de aplicar.

**Preguntas? Por favor llamar a Alma J. Diaz al 305-467-2560 o por correo electrónico: [LatinoLiaison@familychildcare.org](mailto:LatinoLiaison@familychildcare.org)**

Verificación de Oficina \_\_\_\_\_ Regulación \_\_\_\_\_ Miembro desde \_\_\_\_\_ Fecha de expiración \_\_\_\_\_

*Aplicación Revisada 7/2020*