



# 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 \$150 \$250 \$300

- Proveedoras de Maestro-Nuevo       Cuatro Pasos       Acreditación Nueva de NAFCC: Auto Estudio
- Proveedoras de Maestro-Renovación       Aplicación para Acreditación de NAFCC
- Mentora Certificada 1       NAFCC Observadora       Aplicación de Re-acreditación de NAFCC
- Mentora Certificada 2       Renovación de CDA       Aplicación Anual de Renovación para NAFCC
- Cuatro Pasos Entrenamiento para Formadores       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, 2016 al Junio 30, 2017. 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 Mayra Marquez al [407 350-4239](tel:4073504239) o por correo electrónico [mmlatinoliason@gmail.com](mailto:mmlatinoliason@gmail.com)

*Aplicación Revisada 11/2016*

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