****

**PREFACIO**

La Administración para el Cuidado y Desarrollo Integral de la Niñez (ACUDEN) provee este formulario para solicitar fondos a través del Programa Child Care para el año Programa 2025-2026, el cual debe ser completado en todas sus partes y en detalles. Para reforzar este proceso se creó la Guía de Propuesta 2025-2026 para facilitar a los municipios y/o entidades privadas en la preparación y el desarrollo de las propuestas que se someten a nuestra agencia para recibir fondos federales. Es de suma importancia que las propuestas se desarrollen con toda la información solicitada e incluyan todos los anejos requeridos. Esta información servirá de base al proceso de evaluación de las propuestas y en la toma de decisiones en relación con su aprobación. El personal de la oficina de Administración de la ACUDEN nivel central, estará disponible para orientar a las organizaciones y/o municipios durante el proceso de preparación de sus propuestas para la solicitud de fondos federales.

La propuesta será radicada de forma digital, una vez esto suceda será revisada y evaluada por un comité evaluador de Propuestas Federales establecido por la Administradora. Este comité hará la recomendación sobre la distribución de los fondos a la Administradora. De ser necesario, a los proyectos que sometan propuestas, se les podrá requerir información adicional antes de hacer la recomendación final de fondos a la Administradora. No se proveerá información anticipada sobre la distribución de fondos o las recomendaciones del comité evaluador hasta tanto la Administradora de la ACUDEN autorice la distribución de fondos y firme las cartas de notificación o denegación de fondos.

**SoliCItud de Prouesta de Servicios**

**Programa CHild Care 2025-2026**

**Para completar esta solicitud deberá hacerlo siguiendo las instrucciones que se encuentran en la Guía de Propuesta, de modo que conteste la información de forma clara, específica y completa.**

**PARTE 1: Aspectos Programáticos**

1. **Información General**

1. Nombre de Entidad 2. Seguro Social Patronal

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Edite aquí |  | Edite aquí |

1. Dirección Postal 4. Dirección Física

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Edite aquí |  | Edite aquí |

1. Números de Teléfonos 6. Dirección Correo Electrónico (Email)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Edite aquí |  | Edite aquí |
| Edite aquí |  | Edite aquí |
| Edite aquí |  | Edite aquí |

 7. Personas contacto 8. Puesto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Edite aquí |  | Edite aquí |
| Edite aquí |  | Edite aquí |

9. Modelo de servicio

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐  | Centro/s Licenciado/s | ☐ | Red de Cuido |

10. Tipo de entidad

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐  | Agencia Gobierno Estatal | ☐ | Organización privada sin fines de lucro |
| ☐ | Municipio | ☐ | Corporación privada con fines de lucro |

11. Agencia Delegada /Concesionario “Head Start/Early Start” o “Partnership”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ | Sí | ☐  |  | No |

 **Nombre de agencia “Partnership”** Edite aquí

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐ | Nueva  | ☐  | Renovación  |

 12. Tipo de solicitud

**PARTE 2.** **Servicios Ofrecidos y Experiencia Previa**

**A. Necesidad de Servicio**

**(**Describa cómo se realizó su estudio de comunidad (ej. censo, encuestas) e incluya evidencia que apoye la necesidad de su servicio en el área y la determinación de la matrícula proyectada. Incluya las fechas de los estudios, número de personas encuestadas, instrumentos utilizados, que tipo de área geográfica impactará, las áreas analizadas, la duración del estudio, la información obtenida, el método de divulgación y los recursos, y cómo se analizaron los datos obtenidos).

1. **Área Geográfica** - Describir el área geográfica donde ofrecerá el servicio. Debe incluir datos específicos sobre localidades, servicios adyacentes, zonificación (área rural o urbana).
2. **Describa el Estudio de Comunidad Realizado:** **(Anejo 12).**

(Proveedores de Servicio bajo “Partnership” debe incluir estudio de comunidad dirigido al servicio que ofrece el Programa Child Care)

|  |
| --- |
| Edite aquí |

1. **Horario de servicio**

(Si administra más de un centro, especifique el horario de cada centro e incluya el nombre del centro y su dirección. En el caso de las redes de cuido indique nombre, horario de servicios, cantidad de niños servidos, número de licencia, vigencia de la misma y dirección física.)

1. **Centros**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre**  | **Horario de Servicio** | **Dirección Física** |
| **Diurno** | **Nocturno** |
| **Lunes a Viernes** | **Sabatino** | **Lunes a Viernes** | **Sabatino** |
| 1. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 2. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 3. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 4. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 5. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

1. **Redes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre**  | **Horario de Servicio** | **Dirección Física** |
| **Diurno** | **Nocturno** |
| **Lunes a Viernes** | **Sabatino** | **Lunes a Viernes** | **Sabatino** |
| 1. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 2. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 3. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 4. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 5. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 6. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |

**(Continuación Redes)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre**  | **Horario de Servicio** | **Dirección Física** |
| **Diurno** | **Nocturno** |
| **Lunes a Viernes** | **Sabatino** | **Lunes a Viernes** | **Sabatino** |
| 7. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 8. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 9. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 10. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 11. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |
| 12. Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cantidad de niños a servir: | Edite aquí | # de Licencia | Edite aquí | Vigencia | Desde: Edite aquí | Hasta: Edite aquí |

**Para las preguntas 4 y 5, describa: años de experiencia, fecha de comienzo de la entidad brindando servicios de cuido, tipo de servicio de cuido, y población servida.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Edite aquí |  | Edite aquí |

1. **Años experiencia servicios de cuido 5. Años experiencia fondos “Child Care”**
2. **Matrícula de niños y personal de servicio directo**

**a.** Completar la tabla según proporción niño adulto. En el caso de las redes de cuido indique el número de proveedores licenciados por categoría y matrícula actual o proyectada por categoría de servicio. Refiérase a la información incluida en las páginas 8, 9 y 10 de la Guía de Propuesta. (Utilice tabla adicional de ser necesario si su propuesta cuenta con más de un centro.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Categoría de Servicio** | **Matrícula Actual o Proyectada** | **Personal Servicio Directo** | **Proporción Niño/Adulto** |
| Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Edad Escolar (5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Niños/as con Necesidades Especiales(0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Categoría de Servicio** | **Matrícula Actual o Proyectada** | **Personal Servicio Directo** | **Proporción Niño/Adulto** |
| Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Edad Escolar (5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Niños/as con Necesidades Especiales(0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

**(Continuación Matrícula de niños y personal de servicio directo)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Categoría de Servicio** | **Matrícula Actual o Proyectada** | **Personal Servicio Directo** | **Proporción Niño/Adulto** |
| Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Edad Escolar (5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Niños/as con Necesidades Especiales(0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Categoría de Servicio** | **Matrícula Actual o Proyectada** | **Personal Servicio Directo** | **Proporción Niño/Adulto** |
| Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Edad Escolar (5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Niños/as con Necesidades Especiales(0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

b. Redes de Cuido

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cuidadoras por categoría** | **Categoría** | **Matrícula Actual o Proyectada** |
|  | Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí |
|  | Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Edad Escolar (5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Necesidades Especiales (0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí |
| **Cuidadoras por categoría** | **Categoría** | **Matrícula Actual o Proyectada** |
|  | Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí |
|  | Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Edad Escolar (5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Necesidades Especiales (0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí |
| **Cuidadoras por categoría** | **Categoría** | **Matrícula Actual o Proyectada** |
|  | Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí |
|  | Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Edad Escolar (5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Necesidades Especiales (0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí |
| **Cuidadoras por categoría** | **Categoría** | **Matrícula Actual o Proyectada** |
|  | Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí |
|  | Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Edad Escolar 5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Necesidades Especiales (0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí |
| **Cuidadoras por categoría** | **Categoría** | **Matrícula Actual o Proyectada** |
|  | Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí |
|  | Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Edad Escolar (5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Necesidades Especiales (0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí |
| **Cuidadoras por categoría** | **Categoría** | **Matrícula Actual o Proyectada** |
|  | Infantes (0 años – 1 año y 6 meses) | Edite aquí |
|  | Maternales (1 año y 6 meses – 2 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Preescolar (3 años – 4 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Edad Escolar (5 años – 12 años y 11 meses) | Edite aquí |
|  | Necesidades Especiales (0 años – 18 años y 11 meses) | Edite aquí |

**c. Descripción de Facilidades Físicas**

|  |
| --- |
| Edite aquí |

(Describa el espacio por centro. Incluya medidas de las facilidades; patio interior/exterior, número de cuartos, baños, cocina, comedor, las áreas según los grupos a atender, infraestructura para personal de apoyo (de no contar con el mismo favor de indicar), localización de las facilidades físicas y acceso para impedidos. Si opera en modo de red, indique el número de proveedores y hogares que forman parte de esta. Provea una imagen clara de las facilidades físicas. (Incluya plano actualizado de la/las facilidades).

**PARTE 3: Currículo y Actividades Diarias**

1. **Filosofía Educativa**

(Describa en qué se fundamenta su filosofía educativa, cómo promueve los aspectos sociales, psicológicos, educativos y del desarrollo en la provisión de sus servicios y cómo esta filosofía educativa promueve el estatuto de ley del Programa Child Care).

|  |
| --- |
| Edite aquí |

1. **Currículo o Guía Curricular utilizada**

(Describa el fundamento de su guía curricular, cómo ésta promueve los servicios que proveerá y su beneficio, e identifique si su guía curricular está publicada, aprobada y utilizada ampliamente.)

|  |
| --- |
| Edite aquí |

1. **Plan de Actividades Diarias por cada una de las categorías de servicio atendidas (Anejo 1)**

(Las actividades incluidas deberán estar a tono con la población a servir, el horario apropiado, las destrezas educativas, psico-sociales y físicas de los participantes y estar acorde con lo estipulado por el programa de Child Care).

1. **Actividades de Mejoras a la Calidad de los Servicios, Promoción, Educación a la Familia y Comunidad.**

(Proveer plan de adiestramiento, el cual incluya **temas a discutirse, fechas proyectadas para estos, cupo de participantes y método** (ej. taller, presentación, adiestramiento, entre otros). Explique cómo evaluará cuantitativa y cualitativamente su efectividad).

1. **Adiestramientos** **y/o actividades de orientación dirigidas a mejoras a la calidad (empleados)**

Edite aquí

1. **Actividades de cumplimiento con los requerimientos de la Oficina de licenciamiento.**

(Establezca cómo identificó la necesidad, y las actividades que llevará a cabo con el propósito de garantizar su cumplimiento con los estándares y requerimientos de salud, seguridad y procesos de evaluación y medición de calidad (pasitos).

Edite aquí

1. **Describa su cumplimiento con el Registro Compulsorio denominado ACUDEN Quality System (AQS), Instrumento de Medición de Calidad.** (Mandatorio para todo proveedor de servicios que recibió fondos CCDF 2024-2025).

Edite aquí

1. **Especifique si todo el personal subvencionado con los fondos CCDF durante el año 2024‑2025 cuenta con los adiestramientos de la Plataforma AQS.**

Edite aquí

1. **Actividades de educación a padres, madres o encargados(as).**

(Describa cómo sus actividades fortalecen a la familia en el área de los procesos de desarrollo y crecimiento físico, psicológico y motor del niño y cómo estas actividades redundarán en un ambiente seguro y libre de maltrato para el niño. Los talleres deben ser inclusivos a abuelos y/o encargados de niños.)

Edite aquí

1. **Equipo y materiales para infantes-maternales**.

*(*Describa el equipo y materiales que obtendrá para este grupo de participantes y cómo éstos mejorarán los servicios ofrecidos. Establezca la importancia de estos materiales o equipos para el proceso educativo y de desarrollo psicosocial del niño).

Edite aquí

1. **Promoción de servicios.**

(Describa cómo va a promocionar sus servicios, los medios que utilizará, las actividades que llevará a cabo y fecha aproximada de realización).

Edite aquí

**PARTE 4: Servicio de Alimentos**

1. **Programa de Alimentos y Nutrición del Departamento de Educación (PACNA)**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | La Entidad no posee una propuesta de servicios PACNA. |

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | La Entidad posee una propuesta de servicios PACNA vigente. |

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ | La Entidad está en proceso de solicitar los servicios de PACNA. |

**Explique:** (Describa cuándo solicitó los servicios de PACNA, en que consiste la propuesta y si se cumplió con los requerimientos del programa, el estatus de la solicitud y qué esfuerzo se realizan para agilizar el proceso).

|  |
| --- |
| Edite aquí |

1. **Ciclo de Menú Certificado por Nutricionista/Dietista Licenciado/a (Anejo 2)**

(Incluir Ciclo de Menú diseñado para uso exclusivo de su entidad. El Ciclo debe estar certificado con firma oficial del profesional nutricionista-dietista licenciado que lo prepara y poseer un sello oficial vigente del Colegio de Nutricionistas y Diestistas de Puerto Rico numerado y cancelado. Toda entidad bajo el auspicio del “Child and Adult Care Food Program”, deberá indicar si utilizarán el documento de menú fiel y exacto que provee CACFP en el Departamento de Educación e incluir la portada firmada por la nutricionista-dietista del Servicio de Alimentos y Nutrición, Agencia Estatal).

**PARTE 5: Capacidad Organizacional**

1. **Experiencia en la administración de fondos públicos y privados**

*(*Describa su experiencia proveyendo servicios en programas similares administrados con fondos federales y/o estatales, la cantidad de fondos recibida, matrícula atendida, tipos de servicios prestados y si ha tenido que preparar un plan de acción correctivo. De ser así, favor de incluir copia del mismo).

|  |
| --- |
| Edite aquí |

1. **Recursos Fiscales**

(Provea la cantidad de fondos con los que cuenta la entidad según su origen) a la fecha de la redacción de esta propuesta.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de Fondos** | **Cantidad Anual** |
| Fondos Federales (excepto “Child Care”) | Edite aquí |
| Fondos Estatales | Edite aquí |
| Fondos Municipales | Edite aquí |
| Fondos Privados | Edite aquí |
| Otros Fondos | Edite aquí |

1. **Single Audit 2023-2024 - Requisito Fiscal (Anejo 3)**

(Indique con una X si recibió más de $750,000.00 en fondos federales durante el año 2023-2024.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Single Audit** | **Si** | **No** |
|   |   |

1. **Requisito del SAM.gov (Anejo 4)**

(Indique con una X si cuenta con registro activo vigente de SAM Award System (SAM).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐ | Sí | ☐  | No |

1. **Licencias Requeridas (Anejo 5)**

(Provea los números de cada licencia requerida, fecha de expiración y adjunte como anejo 5 las copias legibles de éstas). En el caso de poseer más de un (1) centro colocar número de licencia de cada uno de estas.

Nombre del Centro: Edite aquí

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Agencia Reguladora | Número de Licencia | Fecha de Expedición(día/mes/año) | Fecha de Expiración(día/mes/año) |
| Departamento de la Familia | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Capacidad de niños: | Edite |
| Rango de Edad Autorizado: | Edite |
|  |  |
| Comisión de Servicio Público(estufa de gas) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Departamento de Salud | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cuerpo de Bomberos | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Oficina de Gerencia de Permisos | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

Nombre del Centro: Edite aquí

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Agencia Reguladora | Número de Licencia | Fecha de Expedición(día/mes/año) | Fecha de Expiración(día/mes/año) |
| Departamento de la Familia | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Capacidad de niños: | Edite |
| Rango de Edad Autorizado: | Edite |
|  |  |
| Comisión de Servicio Público(estufa de gas) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Departamento de Salud | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cuerpo de Bomberos | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Oficina de Gerencia de Permisos | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

Nombre del Centro: Edite aquí

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Agencia Reguladora | Número de Licencia | Fecha de Expedición(día/mes/año) | Fecha de Expiración(día/mes/año) |
| Departamento de la Familia | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Capacidad de niños: | Edite |
| Rango de Edad Autorizado: | Edite |
|  |  |
| Comisión de Servicio Público(estufa de gas) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Departamento de Salud | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cuerpo de Bomberos | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Oficina de Gerencia de Permisos | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

(Continuación licencias requeridas)

Nombre del Centro: Edite aquí

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Agencia Reguladora | Número de Licencia | Fecha de Expedición(día/mes/año) | Fecha de Expiración(día/mes/año) |
| Departamento de la Familia | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Capacidad de niños: | Edite |
| Rango de Edad Autorizado: | Edite |
|  |  |
| Comisión de Servicio Público(estufa de gas) | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Departamento de Salud | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Cuerpo de Bomberos | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| Oficina de Gerencia de Permisos | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

1. **Categoría de Servicio – Proporción niño/a- adulto por salón**

Nombre del Centro: Edite aquí

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Salón | Matrícula | Cantidad de Personal de Servicio Directo Asignado al Salón | Proporción Niño/a-Adulto |
| Categoría Servicio | CantidadNiños(as) |
| 1 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 2 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 3 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 4 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 5 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 6 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

(Continuación Categoría de Servicio)

Nombre del Centro: Edite aquí

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Salón | Matrícula | Cantidad de Personal de Servicio Directo Asignado al Salón | Proporción Niño/a-Adulto |
| Categoría Servicio | CantidadNiños(as) |
| 1 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 2 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 3 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 4 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 5 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 6 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

Nombre del Centro: Edite aquí

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Salón | Matrícula | Cantidad de Personal de Servicio Directo Asignado al Salón | Proporción Niño/a-Adulto |
| Categoría Servicio | CantidadNiños(as) |
| 1 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 2 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 3 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 4 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 5 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 6 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

Nombre del Centro: Edite aquí

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Salón | Matrícula |  | Cantidad de Personal de Servicio Directo Asignado al Salón | Proporción Niño/a - Adulto |
| Categoría Servicio | Cantidad Niños/as |
| 1 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 2 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 3 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 4 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 5 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
| 6 | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

1. **Personal costeado en la Propuesta con fondos del Programa Child Care**

(Provea los nombres y los puestos del personal destacado en la propuesta sometida. El Programa de Child Care y la Oficina de Licenciamiento requieren que estos empleados tengan cierta preparación académica y que cumplan con los requisitos mínimos del puesto. Verificar cumplimiento con la tabla en la página 17 de la Guía de la Propuesta, que especifica los requisitos mínimos de cada puesto).

1. **Incluya como (Anejo 6), una Transcripción de Créditos, Certificación de Grado y/o Diploma del Personal propuesto.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Puesto** | **Preparación Académica** | **Salario** |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |
|  | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

1. En el (**Anejo 7**) incluya la lista del personal que no será sufragado por la propuesta, pero brindará apoyo al Programa y la capacidad en la que proveerán servicios al programa. (No pueden ser incluidos en la tabla anterior sobre el personal costeado con Fondos del Programa Child Care).
2. Incluya como (**Anejo 8**), un Organigrama de la Entidad que incluya cantidad de personal sufragado en la propuesta con fondos del Programa Child Care. Debe incluir los nombres y puestos del personal de su organización.
3. Adjunte como (**Anejo 9**) una Certificación Oficial de la Entidad que detalle las personas que pertenecen a la Junta de directores. (La certificación debe de especificar el puesto que ocupa cada miembro de la Junta, además del nombre con los dos apellidos de la persona autorizada a firmar el contrato).

**PARTE 6: Plan Operacional (Anejo 10)**

1. Utilice el formato provisto a continuación para someter el Plan Operacional de la Propuesta. (Anejo10) (El Plan Operacional deberá incluir actividades, las cuales incluyen: currículo, plan de actividades diarias, actividades de mejoras a la calidad de los servicios y promoción y educación de la familia).

**Ejemplos para completar Plan Operacional**

**Meta:** La meta debe ser una meta programática, general y cónsona con lo que pretende lograr el estatuto de la ley de Child Care, para mejorar la calidad de servicio brindado a los participantes del programa.

**Objetivo:** Los objetivos son los pasos que dará su programa para alcanzar la meta. Estos objetivos deberán ser redactados en formato “SMART”. Quiere decir que deberán ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con un plazo de tiempo definido. Un ejemplo de un objetivo “SMART” es: *Aumentar en un alto grado el conocimiento de al menos el 60% de los padres de los niños participantes en el programa, sobre estrategias para prevenir el maltrato en o antes del 31 de marzo de 2026.*

**Actividad:** La actividad es el medio a través del cual el objetivo se alcanzará. Esta actividad puede tener la modalidad de talleres demostrativos, presentaciones o adiestramientos formales.

**Método de Evaluación:** El método de evaluación de la actividad tiene que ser cónsona con esta e incluir variables en el instrumento que midan el valor añadido de forma cuantitativa, así como cualitativa. O sea, el porciento de padres que aumentan su conocimiento (cuantitativo) y el alto grado de conocimiento, o alto grado de satisfacción el elemento (cualitativo). Esto se puede evaluar por medio de un pre y pos prueba, así como por medio de un cuestionario de conocimiento y satisfacción.

**Persona Responsable:** Nombre de la o las personas responsables de asegurar el cumplimiento y el progreso del objetivo y/o las actividades propuestas en el plan operacional.

**Costo Estimado:** Provea la cantidad en dinero del costo estimado que se incurrirá en el objetivo y/o las actividades propuestas en *el plan operacional.*

 **(Anejo 10)**

|  |
| --- |
| **Programa *Child Care*** |
| **Plan Operacional** |
| ***Entidad:*** | Edite aquí |

|  |
| --- |
| **Meta:** *(La meta del proponente debe de establecer el resultado esperado que será alcanzado por medio del programa. Esta debe de ser una alcanzable, observable y darse en un tiempo definido.)*  |
| **Objetivo** | **Actividad** | **Método de Evaluación** | **Persona Responsable** | **Costo Estimado** |
| Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí | Edite aquí |

**PARTE 7: Presupuesto – Uso de Fondos**

1. **Narrativo del Presupuesto** (**Anejo 11**)

Adjunte un Narrativo del Presupuesto en el cual se detalle cómo se van a utilizar los fondos por cada una de las partidas. Incluya como se utilizarán los fondos asignados a las Partidas de Mejoras a la Calidad.

(Incluir descripción y justificación de los fondos solicitados para las distintas categorías, incluyendo la distribución de matrícula y de costos. Debe desglosar el ítem, el costo individual X por la cantidad de materiales o equipo y el costo total. Debe además de justificar claramente la pertinencia y el propósito del objeto o posición en la realización exitosa del proyecto/programa. Este debe de estar relacionado no solo al presupuesto, sino al plan operacional y a la narrativa de la propuesta).

* 1. Los documentos y tablas concernientes para completar el área de Presupuesto deben ser descargados desde el portal electrónico de la ACUDEN https://acuden.pr.gov bajo los siguientes nombres:
		+ Aprobación Presupuestaria
		+ Resumen Presupuestario
		+ Salarios SD
		+ Salarios 9%
		+ Beneficios Marginales
		+ Servicios Contratados A
		+ Servicios Contratados
		+ Materiales Quality 9%
		+ Equipo Quality 9%
		+ Materiales Quality 3%
		+ Equipo Quality 3%
		+ Seguros y Fianzas 9%
		+ Seguros y Fianzas 3%
		+ Renta Edificios S.D.
		+ Renta Equipo 9%
		+ Renta Equipo 3%
		+ Utilidades 9%
		+ Utilidades 3%
		+ Gastos Misceláneos 9%
		+ Gastos Misceláneos 3%
		+ Distribución de Matrícula
		+ Distribución de Costos

**Parte 8:** **Estudio De Comunidad (Anejo 12)**

1. Información necesaria para llevar a cabo un estudio de comunidad:
	1. Como parte del contenido necesario, están las tres áreas primordiales: Información actual de los servicios de cuido de niños en la comunidad, datos demográficos de la estructura familiar y determinación de costo.

**Parte 9: Plan de Emergencia (Anejo 13)**

1. Deberá adjuntar como **Anejo 13** el Plan de Emergencia del Centro o Red de Cuido. Este plan de emergencia debe abordar la logística a seguir de surgir un evento fortuito que interrumpa las labores diarias normales de la prestación de servicios).

**Parte 10: Protocolo de Manejo para Reportar Incidentes de Sospecha de Maltrato de Menores (Anejo 14)**

1. Deberá adjuntar como **Anejo 14** el Protocolo de Manejo de Incidentes de Sospecha Maltrato de Menores del Centro o Red de Cuido. Este plan debe estar cónsono a la Ley 246 del 16 de diciembre de 2011).