

## Acuerdo de Inscripción

Identificación del Participante #:
Nombre del/la Coordinador/a:
in a Quality First con su firma abajo, el proveedor de cuidado dedimiento de Quality First y de las Becas de Quality First y cumplir de las Becas de Quality First, como sean aplicables, las cuales se el resto de las guías, los manuales, las normas o los acuerdos de ce que de tiempo en tiempo se podrán actualizar las guías, los rst, y el Participante acuerda cumplir con dichas actualizaciones a ma de Becas de Quality First. Las Becas de Quality First no son un rticipante recibe Becas de Quality First, el Participante también s.
n de participación en el programa E-verify y/o que provean una os Públicos y documentación de apoyo en conformidad con la ley o, tales como incentivos financieros de Quality First.

El Participante además reconoce que si no está en buena situación con su agencia reguladora durante más de 60 días ó si no está en buena situación más de una vez dentro de un período de 12 meses, su participación en Quality First puede darse por terminada en espera de otras determinaciones por First Things First. El Participante entiende que su inscripción a Quality First puede determinar su elegibilidad a otros programas de First Things First y que descontinuar la inscripción en Quality First puede resultar en que el programa del Participante no sea elegible a otras oportunidades de financiación o de servicios provistos a través de First Things First.

## Nivel de Apoyo:

La clasificación por estrellas y el nivel de apoyo se asignan al completar la evaluación de clasificación inicial. **Se asignará uno de los siguientes:** 

**Persiguiendo la Calidad** – Incluye mentoría continua en el sitio (48-72 horas anuales), coordinación, consulta de salud para el cuidado infantil (15 horas trimestrales ó 5 horas mensuales), fondos (fondos para el mejoramiento de la calidad), evaluación del programa y clasificación por estrellas.

(Para los programas con una clasificación de 1 estrella ó 2 estrellas)

**Logrando Calidad** – Incluye mentoría continua en el sitio (30 horas anuales), coordinación, consulta de salud para el cuidado infantil (9 horas trimestrales ó 3 horas mensuales), fondos (fondos para el mejoramiento de la calidad), evaluación del programa y clasificación por estrellas.

(Para los programas con una clasificación de 3 estrellas)

**Calidad Continua** – Incluye Mentoría (bajo solicitud), Coordinación, Consulta de Salud para el Cuidado Infantil (3 horas trimestrales ó 1 hora mensual), incentivos financieros (reconocimiento del personal), evaluación del programa, y clasificación por estrellas.

(Para los programas con una clasificación de 4 ó 5 estrellas, todos los programas de Head Start, y los programas elegibles de 3 estrellas que hayan sido aprobados para optar por este nivel)

Los incentivos económicos se basan en la clasificación actual por estrellas del/la participante. Por ejemplo, los programas de Head Start con clasificaciones de 1 estrella, 2 estrellas, ó 3 estrellas y los programas elegibles de 3 estrellas que son aprobados para optar por participar en la Calidad Continua, tienen acceso a la financiación para el mejoramiento de la calidad.

Fuente del Fondo:		
☐FTF Regional Partnership Council Fu	nding	
□Otra Fuente del Fondo*:		
El periodo del Fondo empieza:	El periodo del Fondo termina:	
del período de financiación, el financiad programas para la primera infancia que través de fondos regionales, después de	una fuente de fondos externa se provee durante to lor externo puede optar por ampliar el período de fi han participado en Quality First a través de fondos e que se complete su período de financiación exterr t y serán colocados en una lista de espera hasta que AZ.com.	inanciación o cesar la financiación. Los externos son elegibles para participar a na. Los programas interesados deben
participante inscrito. Yo entiendo que al financiación o servicios provistos a travé	irst. Yo no puedo o no deseo cumplir con las respor l declinar la inscripción a Quality First puedo hacer o és de First Things First en mi área regional. Yo adem ntar una solicitud nueva a Quality First para su cons	que mi programa no sea elegible a otra ás entiendo que si me interesa la
Al firmar abajo, yo certifico que estoy a	autorizado/a para firmar este documento a nombr	e de mi organización.
Nombre Autorizado	Firma Autorizada	 Fecha