|  |  |
| --- | --- |
|  | **APROBACIÓN DE NUEVO CENTRO/SALÓN ECEAP****FINANCIADO POR LA COMUNIDAD****APPROVAL OF NEW COMMUNITY FUNDED ECEAP SITE/CLASSROOM** |

**Nombre del contratista de CFE:**

|  |
| --- |
| **Información del centro** |
| * Nombre del centro:
 |
| * Dirección física del centro:
 |
| * Dirección:
 |
| * Ciudad:
 |
| * Condado:
 |
| * Código postal:
 |

|  |
| --- |
| **Persona de contacto en el centro (persona del centro que es responsable de las operaciones):**  |
| * Nombre:
 |
| * Teléfono:       Número alternativo:
 |
| * Correo electrónico:
 |

|  |
| --- |
| **El centro está en el área de captación de esta escuela primaria:** |
| * El centro está dentro de una escuela primaria [ ] Sí [ ] No
 |
| * + Si contestó que sí, nombre de la escuela primaria:
 |

|  |
| --- |
| **¿El sitio tiene licencia del DCYF para cuidado de niños?** [ ] **SÍ** [ ] **No** |
| * Si contestó que sí, número de licencia del DCYF:
 |
| * Si no tiene licencia para cuidado de niños, ¿el centro califica para una exención de licencia?
 |
| * + Si contestó que sí, adjunte el formulario de exención firmado.
 |

|  |
| --- |
| **Información de Early Achievers del nuevo centro:** |
| * ¿Este centro participa en el programa Early Achievers? [ ] Sí [ ] No
 |
| * + Si contestó que sí, ¿tiene una clasificación de Early Achievers? [ ] Sí [ ] No
 |
| * + - ¿Cuál es la clasificación?
 |
| * + ¿Este centro participa en actividades de recuperación académica? [ ] Sí [ ] No
 |

**Programas cercanos de Head Start o ECEAP que podrían reclutar en la misma área que este centro:**

|  |
| --- |
| [ ] Sí [ ] No |
|

|  |
| --- |
| * Si contestó que sí, nombre del programa:
 |
| * + Fecha del acuerdo firmado de área de servicio:
 |

 |

|  |
| --- |
| **Servicios actuales de Headstart y ECEAP que se ofrecen en este centro:** |
| * Día parcial [ ]
 |
| * Día escolar [ ]
 |
| * Día laboral [ ]
 |
|  |
| **Información del salón de clases: (Contestar para cada salón de clases de ECEAP - financiado por la comunidad)** |
| **Salón de clases 1**  |
| **Fecha propuesta de inicio de clases:**        |
| * **Número de niños inscritos en el grupo del ECEAP - financiado por la comunidad**:
 |
| * **Cantidad de horas en el salón de clases:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * **¿Mudará un salón de clases existente a un nuevo lugar?** [ ] Sí [ ] No
 |
| * + ¿Se cerrará un salón de clases o centro debido a este cambio? [ ] Sí [ ] No
 |
| * + Si contestó que sí, nombre y ubicación del salón de clase que cerrará:
 |
| **Salón de clases 2** |
| **Fecha propuesta de inicio de clases:**       |
| * **Número de niños inscritos en el grupo del ECEAP/Head start u otros niños de aprendizaje temprano**:
 |
| * **Número de niños inscritos en el grupo del ECEAP - financiado por la comunidad**:
 |
| * **Cantidad de horas en el salón de clases:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

| **ECEAP - FINANCIADO POR LA COMUNIDAD Disposición contractual o norma de rendimiento** | Satisfecha | Aún no | Si no, describa su plan para satisfacer el requisito, incluyendo la fecha de terminación |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contrato del ECEAP - FINANCIADO POR LA COMUNIDAD: Responsabilidades del contratista**¿Se dispondrán o transferirán materiales comprados por el ECEAP - **FINANCIADO POR LA COMUNIDAD** debido a este nuevo centro? [ ] Sí [ ] No Fecha en que se entregó al DCYF el formulario contestado de disposición/transferencia de equipo:       | [ ]  | [ ]  |       |
| **Contrato del ECEAP - FINANCIADO POR LA COMUNIDAD: Responsabilidades del contratista**¿Se comprará algún equipo para este centro, con costos unitarios de $5,000 o más? [ ] Sí [ ] NoFecha en que se entregó al DCYF el formulario contestado de solicitud de compra:       | [ ]  | [ ]  |        |
| **D-13 Prevención de enfermedades infecciosas**Cuenta con suficientes sanitarios y lavabos limpios y accesibles para niños.Ubicación de los baños:       Si no están ubicados en el salón de clases, describa el plan para supervisar y mantener la relación cuando niños acudan al sanitario de manera individual o en grupo:       | [ ]  | [ ]  |  |
| **D-14 Sanidad de alimentos**Cumplimiento con WAC 246-215 y WAC 246-217 en los lugares donde se preparan, almacenan y sirven alimentos. | [ ]  | [ ]  |  |
| Contar al menos con una persona que tenga tarjeta de trabajador de servicio de alimentos en cada salón de clases en todo momento. | [ ]  | [ ]  |  |
| Preparar los alimentos en un área separada de los sanitarios y lavabos de niños. Describa en dónde se preparan los alimentos (incluyendo los refrigerios para el aula y alimentos para experiencias educativas:       | [ ]  | [ ]  |  |
| **D-16 Área de cada salón de clases**Los salones de clases de **día parcial** deben tener 35 pies cuadrados de espacio **por niño**, excluyendo baños, pasillos, cocinas y espacio de almacenamiento. Nombre o número del salón de clases:      Número de pies cuadrados:       Nombre o número del salón de clases:      Número de pies cuadrados:        | [ ]  | [ ]  |  |
| **D-16** Los salones de clases de **día escolar y día laboral** deben tener 35 pies cuadrados **por niño**, excluyendo baños, pasillos, cocinas y espacio de almacenamiento. La inspección del departamento de bomberos determinará la capacidad real.Nombre o número del salón de clases:      Número de pies cuadrados:       OFecha de medición del licenciador del DCYF:      Nombre o número del salón de clases:      Número de pies cuadrados:       OFecha de medición del licenciador del DCYF:  |  |  |  |
| Espacio exterior de 75 pies cuadrados por niño.Número de pies cuadrados:       OFecha de medición del licenciador del DCYF:       | [ ]  | [ ]  |  |
| **D-18 Instalaciones seguras**Los contratistas deben inspeccionar periódicamente la salud y seguridad de sus instalaciones interiores y exteriores, y mantener registros de estas inspecciones.Describa el calendario de inspecciones:      Dónde se conservan los registros de las inspecciones:       | [ ]  | [ ]  |  |
| **D-18 Instalaciones seguras****Describa cómo garantiza lo siguiente:** |  |  |  |
| Almacenamiento seguro de todos los materiales inflamables, tóxicos y peligrosos:       | [ ]  | [ ]  |  |
| Inspecciones regulares de detectores de humo, alarmas contra incendios y extintores de incendios:       | [ ]  | [ ]  |  |
| Iluminación de emergencia en cada salón:       | [ ]  | [ ]  |  |
| Todas las áreas son accesibles para adultos:       | [ ]  | [ ]  |  |
| Las áreas de juego en exteriores están cercadas o se supervisan estrictamente:       | [ ]  | [ ]  |  |
| Describa cómo se supervisarán los niños durante la llegada, la salida y el tiempo de actividades motoras gruesas:       | [ ]  | [ ]  |  |
| Hay al menos un adulto presente en todo momento, con cada grupo de niños, que está entrenado en procedimientos de emergencia, precauciones universales, y primeros auxilios/RCP. También tiene tarjeta de primeros auxilios/RCP:       | [ ]  | [ ]  |  |
| **D-19 Equipos y materiales seguros**Describa cómo se asegura de que todos los materiales y equipos:Sean seguros y estén limpios y en buen estado:       | [ ]  | [ ]  |  |
| Sean apropiados para la edad:       | [ ]  | [ ]  |  |
| Se almacenen de manera segura para prevenir lesiones:       | [ ]  | [ ]  |  |
| **D-20 Seguridad en el patio de juegos**Los contratistas deben mantener y supervisar la seguridad en el patio de juegos, lo que incluye:* Superficies protectoras

Tipo y profundidad de la superficie:      * Zonas de caída alrededor de juegos infantiles
* Espaciamiento de columpios

Número de pies entre columpios:      * Barandillas en superficies elevadas
* Prevención de posibles peligros de atrapamiento
* Prevención de partes móviles expuestas que puedan pellizcar o aplastar
* Herrajes flojos, desgastados o peligrosos
* Soportes de equipo expuestos
* Escombros esparcidos y otros peligros de tropiezo
* Oxidación y pintura descascarada en componentes metálicos
* Astillas, grietas gruesas y componentes deteriorados
* Deterioro y corrosión de componentes estructurales

Describa el plan para mantener y supervisar la seguridad en el patio de juegos:       | [ ]  | [ ]  |  |

**Si abrirá varios salones de clases en este centro, ¿la información anterior se aplica a todos los salones?:** [ ]  **Sí** [ ]  **No**

**Si no, describa las variaciones.**

**Si actualmente es subcontratista, ¿se ha comunicado con su contratista del ECEAP para planear la apertura de este centro?**

**Antes de enviar el formulario para iniciar el proceso de aprobación de un nuevo centro o salón de clases de ECEAP financiado por la comunidad, el director del ECEAP financiado por la comunidad certifica, con su firma a continuación, que la información anterior es correcta y está completa:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del director Nombre en letra de molde Fecha

Envíe este formulario contestado y firmado por correo electrónico a eceap@dcyf.wa.gov. El representante asignado del ECEAP le notificará el resultado de la solicitud de aprobación.

**For DCYF use only: (Solamente para uso del DCYF)**

Program Review: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date received:       Entered in ELMS [ ]

Comments:

New site is approved [ ]  Denied [ ]

 COMMUNITY FUNDED - ECEAP Approval: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date approved: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_