|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Solicitud de extensión** | | |
| Nombre del programa |  | |
| Dirección del programa |  | |
| Número de identificación del proveedor (Provider ID) |  | |
| Nombre de la persona que solicita esta extensión |  | |
| Que es su rol de trabajo |  | |
| Número de contacto |  | |
| Correo electrónico |  | |
| ¿Este programa tiene espacios para Head Start o ECEAP? | Sí  No | |
| En caso que sí, proporcione la información de contacto del distribuidor/contratista del programa |  | |
| **Criterio de elegibilidad** | | |
| Razón de la solicitud de extensión | | Seleccione todas las que correspondan |
| Si se selecciona "otro", proporcione una descripción de las circunstancias | |  |
| ¿El programa cumple actualmente con todos los requisitos de licencia/ECEAP? | | Sí  No |
| ¿Cumplió el programa con todos los requisitos de cronograma anteriores de Early Achievers? | | Sí  No |
| ¿Ha mantenido el establecimiento una participación activa en Early Achievers? \* | | Sí  No |
| **Documentación de apoyo** | | |
| La siguiente documentación debe ser incluida con esta solicitud de extensión:  Resumen de la participación en Early Achievers  Calendario de operación (si el programa es parte-año)  Documentación verificando circunstancias excepcionales | | |

\* El proveedor debe haber cumplido con los requisitos mínimos de participación antes de la circunstancia excepcional.

\*\* Para obtener una definición de circunstancias excepcionales, consulte la política de extensión de Early Achievers en las [pautas operativas.](https://www.dcyf.wa.gov/sites/default/files/foreign/OperatingGuidelines_Spanish.pdf)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Solo para uso del DCYF** | | | |
| Solicitud aprobada | | Sí  No | |
| Fecha efectiva | |  | |
| Hito del nivel de calidad original | |  | |
| Nuevo hito de nivel de calidad | |  | |
| Revisado por el panel de protocolo de extensión | | Sí  No  No aplica | |
| Notas: | | | |
| **Información del contacto** | | | |
| Licenciador |  | | |
| Coordinador Regional de CCA |  | | |
| Distribuidor de HS/Contratista de ECEAP |  | | |
| **Miembros del panel** | | | |
| Personal QRIS del DCYF | | |  |
| Personal de CCA de Washington | | |  |
| Miembro del subcomité de apoyo al proveedor/ Grupo de trabajo de valores y procesos | | |  |
| Revisado por el administrador de QRIS | | |  |