

Solicitud de extensión de Early Achievers

Solicitud de extensión

Nombre de la institución _____

Dirección de la institución _____ ID de FamLink _____

ID de ECEAP _____ ID de Head Start _____

Nombre de quien solicita la extensión _____

Cargo _____ Número de contacto _____

Correo electrónico _____ ¿Esta institución tiene vacantes de los programas Head Start o ECEAP? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la información de contacto del becario o contratista.

Criterios de elegibilidad

Motivo por el cual se solicita la extensión

- | | |
|---|---|
| ☐ Cambios de liderazgo | ☐ Enfermedad prolongada |
| ☐ Rotación de personal | ☐ Poca cantidad de inscritos |
| ☐ Rotación de personal | ☐ Desastre natural o daños por accidente |
| ☐ Evento comunitario | ☐ Muerte u otra tragedia |
| ☐ Involucrado en un proceso de reclamación | ☐ Otro (si selecciona esta opción, describa) |
| ☐ Reasignación de vacantes de Head Start o ECEAP | |

¿La institución cumple con todos los requisitos de autorización en este momento? ☐ Sí ☐ No

¿El programa cumple con todos los requisitos de ECEAP? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

¿La institución ha mantenido su participación en Early Achievers? * ☐ Sí ☐ No

Documentación complementaria

Con esta solicitud de extensión, debe incluir los siguientes documentos:

- ☐ Resumen de participación en Early Achievers
- ☐ Calendario de operación (si la institución opera parcialmente durante el año)
- ☐ Documentación que acredite circunstancias excepcionales

* El proveedor debe haber cumplido con los requisitos mínimos de participación antes de que se presente la

circunstancia excepcional.

** Para obtener una definición de “circunstancias excepcionales”, consulte la política de extensión de Early Achievers en los [lineamientos operativos](#).

Solo para uso del DCYF

¿Solicitud aprobada? ☐ Sí ☐ No Fecha de entrada en vigor _____

Logro de nivel de calidad original _____

Logro de nivel de calidad nuevo _____

¿Revisado por el panel de protocolos de extensión? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

Notas

Información de contacto

Licenciante _____

Coordinador regional de Child Care Aware (CCA) _____

Becario de Head Start/contratista de ECEAP _____

Miembros del panel

Gerente del sistema de calificación y mejora de la calidad (Quality Rating and Improvement System, QRIS) del DCYF _____

Gerente de servicios técnicos del QRIS (DCYF) _____

Revisado por el administrador de Calidad y Acceso _____

Notas