



COLORADO
Office of Early Childhood
Department of Human Services

Aplicación para **las** Subvenciones de Estabilización y Sostenibilidad del Estado de Colorado para el Cuidado Infantil

Conceptos básicos del perfil del programa

Seleccione "sí" o "no" junto a cada parte de información de perfil de su programa para informarnos si la información **los datos** que tenemos en el archivo son correctos.

¡Por favor, no se preocupe si la información que tenemos en el archivo no es correcta – nos pondremos en contacto con usted una vez que haya enviado su solicitud para hacer cualquier corrección que sea necesaria!

	Información correcta?	
	sí	No
Nombre del programa: Alex MacCarty 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número de licencia: 900023	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dirección física del proveedor (donde se prestan los servicios): 6350 Eldridge ST Arvada, CO 80004	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Capacidad del programa y nivel de calidad

Seleccione "sí" o "no" junto a cada oración en referente a la capacidad del programa o la información de nivel de calidad para hacernos saber si la información que tenemos en el archivo es correcta.

¡Por favor, no se preocupe si la información que tenemos en el archivo no es correcta – nos pondremos en contacto con usted una vez que haya enviado su solicitud para hacer cualquier corrección que sea necesaria!

	Información correcta?	
	sí	No
Capacidad con licencia del programa: 0	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nivel de clasificación de calidad de Colorado Shines: Level 1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brindar cuidado a bebés (0-12 meses de edad o salón de clases para bebés): No	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brindar cuidado a niños pequeños (12 a 36 meses de edad o salón de clases para niños pequeños): No	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brindar atención a niños en edad preescolar (36 meses hasta el ingreso al jardín de infantes o al salón de clases de preescolar): No	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionar cuidado después de la escuela (K - 12.º grado): No	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seleccione "sí" o "no" a las siguientes declaraciones con respecto a la elegibilidad para este programa

- "Abierto" significa que el proveedor tiene una licencia de cuidado infantil abierta y no está en el proceso de revocación. Los programas en libertad condicional siguen siendo elegibles.
- "Operativo" significa que el proveedor está brindando atención en persona activamente. Los servicios virtuales no cuentan para los fines de este programa de subvenciones.
- Se permiten cierres temporales debido a las medidas de seguridad de COVID-19. Un cierre temporal es aquel en el que su personal todavía está en su nómina, su licencia aún está activa y planea reanudar clases/cuidado infantil en persona.

	Información correcta?	
	sí	No
Este programa estuvo abierto y en funcionamiento como proveedor de cuidado infantil el 11 de marzo de 2021. (El cierre temporal debido a COVID-19 en este día está bien).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
El día que se envía esta solicitud, este programa está abierto y operativo como proveedor de cuidado infantil. (Cierre temporal debido a COVID-19 está bien).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Su programa está cerrado temporalmente por cuestiones relacionadas con la pandemia (esto no afectará la cantidad base de financiación)?

No

sí

Información de contacto del director del sitio o del proveedor de FCCH (proveedor singular/centro en casa)

Seleccione "sí" o "no" junto a cada información del director para informarnos si la información que tenemos archivada es correcta.

¡Por favor, no se preocupe si la información que tenemos en el archivo no es correcta – nos pondremos en contacto con usted una vez que haya enviado su solicitud para hacer cualquier corrección!

	Información correcta?	
	sí	No
Nombre del proveedor del director del sitio o del hogar de cuidado infantil familiar (FCCH): Alex MacCarty	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Director del sitio o proveedor de FCCH Correo electrónico: [REDACTED]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número de teléfono del director del sitio o del proveedor de FCCH: [REDACTED]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Información demográfica del director del sitio o del proveedor de FCCH

Tenga en cuenta que puede seleccionar "prefiero no responder" a cualquier pregunta dentro de esta sección si prefiere no divulgar esta información.

Seleccione la identidad de género del director del sitio del proveedor FCCH

Hombre

Mujer

No binario

Prefiero no responder

Seleccione si el director del sitio del proveedor FCCH es de Hispano/a

No

Sí

Prefiero no responder

Seleccione la(s) raza(s) del director del sitio o del proveedor de FCCH

Nativo americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

Blanco

Prefiero no responder

Proveedores que cuentan con múltiples centros

Seleccione si su programa forma parte de un proveedor con múltiples centros

- Si selecciona "sí", se le preguntará si ha proporcionado previamente información relevante de W-9 y ACH para su proveedor de múltiples sitios en otra aplicación y si debe ingresar todos los demás números de licencia asociados con el proveedor de múltiples sitios en la página siguiente.

- Si selecciona "no", pasará a la siguiente sección

¿Forma su programa parte de un proveedor con múltiples centros/localizaciones?

Sí

No

Si "no", pasará a la sección 7

¿Ha proporcionado previamente información W-9 y ACH relevante para su proveedor de sitios múltiples en otra Aplicación?

Sí

No

Proporcione una lista de números de licencia de programa asociados con su proveedor de sitios múltiples.

*****Actualmente, necesita completar una solicitud por número de licencia, pero pronto saldrá una solicitud que le permitirá completar una solicitud para todos los sitios*****

Información de contacto del aplicante principal

Nombre de contacto del
solicitante principal

Correo electrónico de
contacto del solicitante
principal

Número de teléfono de
contacto del solicitante
principal

Información de contacto financiero del aplicante

Si desea que alguien que no sea el director del sitio reciba comunicaciones con respecto a la información financiera, ingrese su información de contacto a continuación; si no necesita agregar a nadie, deje esta sección en blanco

Nombre del contacto
financiero del solicitante

Correo electrónico de
contacto financiero del
solicitante

Número de teléfono de
contacto financiero del
solicitante

Impacto de la pandemia

Seleccione la respuesta que mejor refleje el tiempo que su programa cerró debido a la pandemia de COVID-19

¿Cuál fue la duración total del cierre temporal de su programa durante la pandemia (desde el 11 de marzo de 2020)?

Mi programa no cerró durante la pandemia

Menos de un mes

De 1 a 3 meses

De 3 a 6 meses

De 6 a 9 meses

De 9 a 12 meses

Más de un año

Seleccione lo que mejor refleje la estabilidad económica actual de su programa

¿Cuánto tiempo puede permanecer abierto y continuar con las operaciones en los niveles de inscripción actuales (esto no afectará su monto de financiación base)?

Mi programa no corre actualmente riesgo de cierre

Menos de un mes

De 1 a 3 meses

De 3 a 6 meses

De 6 a 9 meses

De 9 a 12 meses

Subvención de Estabilización de Operaciones de Cuidado Infantil

Se le mostrarán los montos totales y mensuales que recibirá por la Subvención de Estabilización de Operaciones de Cuidado Infantil: recibirá 9 pagos mensuales iguales por medio de este programa.

Recibirá un correo electrónico de confirmación de coestimulus@metrixiq.com con detalles adicionales y la fecha en que puede esperar su primer pago..

Su **concesión TOTAL de** subvención de estabilización de operaciones de cuidado infantil: **\$0.00**

Su cantidad **MENSUAL del** Subsidio de Estabilización de Operaciones de Cuidado Infantil: **\$0.00**

A continuación, seleccione cualquiera o todas las categorías en las que piensa gastar estos fondos; tenga en cuenta que habrá atestaciones mensuales durante todo el período de la subvención que darán seguimiento a esta pregunta.

Si decide gastar los fondos de manera diferente o se da cuenta después de entregar su aplicación que necesita cambiar las categorías que seleccionó, no necesita comunicarse con nosotros para corregir la información: recopilaremos la información más actualizada en las atestaciones mensuales.

Marque todas las opciones que correspondan:

Costos de nóminas de personal: Incluye todos los salarios del personal a tiempo completo y a tiempo parcial, los impuestos estatales y federales sobre las nóminas

Otros costos de personal: Incluye los beneficios de los empleados más allá de la remuneración de la nómina, como la prima o el pago por riesgo, los seguros, las contribuciones a la jubilación, las bonificaciones, los estipendios, vacaciones remuneradas (incluido el tiempo para cubrir las citas de la vacuna COVID-19 y los efectos secundarios), el desarrollo profesional, las becas

Costos de las instalaciones: Incluye los pagos del alquiler o de la hipoteca, los servicios públicos (p. ej., electricidad, agua, teléfono, Internet), el seguro de la propiedad, los impuestos sobre la propiedad, el mantenimiento, los gastos por retraso o los cargos relacionados con el retraso en los pagos, los costos de renovaciones menores de las instalaciones (p. ej., la construcción o la mejora de los parques infantiles), la renovación de los baños, la instalación de elementos de accesibilidad para las personas con discapacidad, la creación de un espacio adicional para el distanciamiento social)

Equipos, formación y suministros de salud y saneamiento: Incluye todos los materiales y suministros adquiridos en respuesta a la pandemia de COVID-19 y la continuación del entorno saludable, como el equipo de protección personal (EPP), los suministros de limpieza y desinfección, los candados para niños, los costos del personal de limpieza, las pruebas de COVID y los termómetros, los purificadores de aire, las formaciones en materia de salud y seguridad (p. ej., prevención y control de enfermedades infecciosas, prevención del síndrome de muerte súbita del lactante y de los traumatismos craneoencefálicos, primeros auxilios pediátricos y reanimación cardiopulmonar, reconocimiento de los malos tratos y el abandono de los niños, planificación en caso de catástrofe natural, prevención y respuesta a las reacciones alimentarias y alérgicas)

Bienes y servicios: Incluye los materiales, bienes o servicios necesarios para el funcionamiento del programa, tales como alimentos, servicios de alimentación y equipos, libros, planes de estudio, evaluaciones de los otros materiales educativos o para el salón, pañales y material de aseo, suministros y equipos de oficina (bienes personales tangibles, incluidos los sistemas informáticos que tengan una vida útil de más de un año y un costo de adquisición por unidad que sea igual o superior al menor de los niveles de capitalización establecidos por la entidad no federal a efectos de los estados financieros, o a 5.000 dólares), tasas por licencias o servicios de apoyo a la actividad empresarial (por ejemplo, comprobación de antecedentes, servicios compartidos, servicios de gestión de guarderías, tasas de procesamiento de nóminas y tarjetas de crédito/débito), publicidad, transporte

Servicios de salud mental y asesoramiento: Incluye cualquier costo de prestación de servicios de asesoramiento y apoyo en materia de salud mental y conductual al personal del programa de cuidado de niños o a los propios niños incluyendo (pero sin limitarse a) la consulta de salud mental del bebé y de la primera infancia (IECMHC)

Reembolso de gastos anteriores relacionados con la pandemia

Subvención de sostenibilidad para La Fuerza Laboral

Su **premio TOTAL de** Subvención para la Sostenibilidad de la Fuerza Laboral:

Su cantidad **MENSUAL de** Subvención de Sostenibilidad de la Fuerza Laboral:

A continuación, seleccione cualquiera o todas las categorías en las que piensa gastar estos fondos; tenga en cuenta que habrá atestaciones mensuales durante todo el período de la subvención que darán seguimiento a esta pregunta.

Si decide gastar los fondos de manera diferente o se da cuenta después de entregar su aplicación que necesita cambiar las categorías que seleccionó, no necesita comunicarse con nosotros para corregir la información: recopilaremos la información más actualizada en las atestaciones mensuales.

Marque todas las opciones que correspondan:

Salario de los empleados

Primas o indemnizaciones por riesgo

Seguro médico, dental, de visión, de invalidez o de vida

Inversión en gastos flexibles o cuentas de ahorro para la salud

Aportaciones de jubilación

Bonificaciones (por ejemplo, primas de contratación y retención)

Estipendios para la educación (por ejemplo, ayudas para la matrícula o becas)

Tiempo libre remunerado (incluyendo enfermedad, vacaciones, días festivos y tiempo para cubrir las citas de la vacuna COVID-19 y los efectos secundarios)

Recursos para la salud y la salud mental de los empleados (p. ej., servicios de asesoramiento, servicios de telesalud, inscripciones en gimnasios)

Desarrollo profesional sobre la primera infancia (p. ej., tiempo de formación pagado, tiempo de planificación pagado, formadores, coaches)

Otros:

Proporcione su información bancaria para que los pagos de subvenciones puedan ser depositados a través de ACH (depósito directo): verifique varias veces la cuenta y los números de ruta para asegurarse de que su pago se realice sin errores.

No necesitará proporcionar ninguna documentación bancaria o ACH como parte de esta solicitud.

Nombre del contacto autorizado de la cuenta:

Nombre del banco:

Número de cuenta bancaria:

Número de ruta bancaria de 9 dígitos:

Seleccione el tipo de cuenta bancaria

Tipo de cuenta bancaria

Es cuenta corriente

Cuenta de ahorros

Por último, se le pedirá que vuelva a ingresar la cuenta y el número de ruta bancaria.

Número de cuenta
bancaria:

12345678

Número de ruta
bancaria de 9 dígitos:

123456789

Información de Impuestos

Proporcione la siguiente información tributaria W-9 exactamente como está registrada con el IRS para su organización.

No necesitará presentar un W-9 como parte de esta solicitud, aunque necesitaremos que nos proporcione uno antes del final del año presente para proporcionarle un documento 1099 de impuestos

Nombre (como se muestra en la declaración de impuestos sobre la renta):

Alex MacCarty

Nombre de la empresa/entidad si es diferente al anterior:

Si selecciona "no" a la siguiente pregunta, se le pedirá que proporcione la dirección a efectos fiscales en la página siguiente. (Donde se le enviara su documento 1099 de Impuestos

¿La dirección oficial a efectos fiscales es la misma que la dirección física (de servicio) del Proveedor confirmada en la sección Perfil del Programa de esta Solicitud?

Sí

No

Si selecciona "otro", deberá especificar su clasificación y es posible que se le pida que ingrese un código de exento de impuestos

Categoría de clasificación fiscal federal:

- Persona física/Propietario único/ Sociedad anónima unipersonal (LLC)
- Corporación tipo C
- Corporación tipo S
- Asociación
- Fideicomiso/Depositorio
- Compañía de responsabilidad limitada
- Otro

Número de identificación del contribuyente

Ingrese su número de Seguro Social (SSN) o número de Identificación del Empleador (EIN) y seleccione qué tipo de número ingresó

Número de Seguro Social o número de identificación del empleador

¿Proporcionó un Número de Seguro Social (SSN) o un Número de Identificación de Empleador (EIN)?

- Número de Seguro Social (SSN)
- Número de identificación del empleador (EIN)

Certificación W-9 (Información de Impuestos)

Al marcar aquí, certifico que:

1. El número proporcionado en esta solicitud es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que me emitan un número); y
2. No estoy sujeto a la retención de respaldo porque: (a) estoy exento de la retención de respaldo, o (b) el Servicio de Impuestos Internos (IRS) no me notificó que estoy sujeto a la retención de respaldo como resultado de un falta de declaración de todos los intereses o dividendos, o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional; y
3. Soy ciudadano de los EE. UU. u otra persona de los EE. UU. (como se define en el formulario W-9)
4. Los códigos FATCA ingresados en este formulario (si corresponde) que indican que estoy exento de la declaración FATCA son correctos

Atestaciones

Lea cada atestación y marque la casilla junto a ella

A. Cuando abra y preste servicios, me comprometo a aplicar las políticas en consonancia con las orientaciones y órdenes de las autoridades estatales, territoriales, tribales y locales correspondientes y, en la mayor medida posible, a aplicar las políticas en consonancia con las orientaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos.

B. Para cada empleado (incluidos los maestros, los ayudantes y cualquier otro personal contratado por el proveedor de cuidado infantil para trabajar en el transporte, la preparación de alimentos u otro tipo de servicio), me comprometo a seguir pagando al menos la misma cantidad de salarios semanales y mantener el mismo nivel de beneficios (como el seguro médico y la jubilación) durante la duración de la subvención. Entiendo que no puedo despedir a los empleados desde la fecha de presentación de la solicitud hasta la duración de la subvención.

C. Me comprometo a proporcionar una ayuda financiera a las familias inscritas en mi programa por un importe equivalente al 50% de mi Subvención base de estabilización de las operaciones de cuidado infantil, en la medida de lo posible, y a dar prioridad a dicha ayuda a las familias que tengan dificultades para realizar el pago. La ayuda financiera para las familias puede incluir una nueva reducción de la matrícula, la continuación de la reducción de la matrícula existente, la condonación de las cuotas impagadas de los padres o de la matrícula de los niños que todavía están en el programa, y/u otro apoyo, como la exención de ciertos pagos y la oferta de servicios gratuitos.



D. Me comprometo a utilizar la Subvención para la sostenibilidad de los trabajadores exclusivamente para los costos asociados a las ofertas para el personal (incluido usted mismo), como el aumento razonable de los salarios y/o los beneficios.



E. Entiendo que las subvenciones para la estabilización de las operaciones de cuidado infantil y la sostenibilidad de los trabajadores son de duración limitada, sin garantía de financiación adicional para los fines de la estabilización de las empresas y la retención de trabajadores más allá del período de ejecución de esta subvención (30 de septiembre de 2023).



F. Entiendo que estos fondos de subvención son fondos federales con requisitos y limitaciones de uso. Me comprometo a revisar la orientación que se proporciona y a utilizar los fondos sólo para los fines permitidos.



G. Me comprometo a proporcionar certificados mensuales e información de seguimiento de la subvención para seguir recibiendo fondos de las subvenciones de estabilización de las operaciones de cuidado infantil y de sostenibilidad de trabajadores y a informar de los importes de los gastos por categoría de uso permitida al final del período de la subvención.



H. Entiendo que el Estado de Colorado y otros socios externos se reservan el derecho de revisar la documentación, si así se pide, para su supervisión y/o auditoría.



I. Entiendo que los fondos obtenidos utilizando información fraudulenta (o intencionadamente falsa/mal representada) podrían ser reclamados.



Privacidad de su información

Lea la información a continuación y marque la casilla

Autorizo a MetrixIQ a compartir cualquier información en la Solicitud a agencias asociadas, incluida la Oficina de la Primera Infancia y el Departamento de Servicios Humanos de Colorado con el fin de mantener registros y auditorías.

Libero a MetrixIQ de toda responsabilidad que surja de la divulgación, revisión o copia de dicha información. MetrixIQ, en nombre del Estado de Colorado, puede requerir otra información en caso de una auditoría.

Persona autorizada

Ingrese la información de la persona autorizada que ha completado esta solicitud a continuación

Nombre de la persona autorizada:

Alex MacCarty

Título/Cargo de la persona autorizada:

Boss

Firma

Marque la casilla una vez que haya leído el texto y escriba su nombre en la casilla inferior de la página

Al marcar aquí, certifico que estoy autorizado a representar a la empresa de cuidado infantil que solicita financiamiento en esta solicitud. Certifico que he leído, comprendo y acepto cumplir con las atestaciones anteriores. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Al marcar aquí, certifico que estoy autorizado a representar al negocio de cuidado infantil que solicita financiación en esta solicitud. Certifico que he leído, entiendo y acepto cumplir con las declaraciones anteriores. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Alex MacCarty