

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL APLICACIÓN

Nombre de la Agencia: _____
(sucursal local)

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Codigo Postal: _____

Dirección Física: _____
(si es diferente de la dirección postal)

Ciudad: _____

Estado: _____

Codigo Postal: _____

Cantidad del fondo solicitado: \$ _____

¿Licencia comercial de Arroyo Grande? Sí No

(Si es un centro de cuidado infantil)

Número de identificación fiscal: _____

¿Su organización se ha visto afectada por COVID-19? Sí No

Director Ejecutivo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Contacto del Programa de Subvenciones
(si es diferente del Director Ejecutivo) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Título del Programa o Servicio _____

Una breve descripción (50 palabras o menos) del programa o servicio propuesto:

El 12 de Octubre de 2021, el Concejo Municipal autorizo \$100,000 de fondos de la Ley del Plan de Rescate Estadounidense (American Rescue Plan Act, ARPA) recibidos por la Ciudad para estar disponibles para asistencia de cuidad infantil.

To be considered as a Child Care Assistance Grant Program awardee, eligible applicants need to describe how the grant funding will allow the provider to become a State licensed child care facility, increase capacity of State licensed facility, maintain current facility offerings and/or provide premium pay to recruit, attract and retain professional child care staff. In addition, **please include the time frame in which the grant funding will be utilized.**

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA/SERVICIO

Describa brevemente su centro de cuidado infantil y los servicios proporcionados.

Declaración la Misión

Resuma su programa o servicio propuesto.

- Haga una lista de las edades de los niños que serán atendidos por el cuidado infantil:

- Resuma:

. ¿Cómo es beneficioso el programa o servicio propuesto para los residentes de Arroyo Grande?

Cuántos residentes más podrá servir: _____

- In what communities do your clients reside:

¿Cuál es el impacto que tendrá el programa o servicio propuesto?

Describa su capacidad para llevar a cabo con éxito las actividades propuestas.

Numero de Empleado (FT) _____ Numero de Empleado (PT) _____

Numero de Voluntarios: _____

- Descripción:

Alcance del Trabajo o Plan de Trabajo y Hoja de Trabajo del Presupuesto

PROGRAM/SERVICE PROPOSED EXPENSES

Line Item	Proposed Cost	Proposed Grant Funding Amount
Child Care Staff Salaries & Wages		
Educational Programs, Incentives & Premium Pay		
Operations/Facility Improvements and/or Expansion		
Maintenance of current programming		
State Licensing Requirements/Associated Fees		
Business Plan		
Promotion Publicity		
Other Expenses:		
1.		
2.		
3.		
4.		
TOTALS:		

Cantidad de Subvención Solicitada	
<i>Otras Fuentes de Financiación:</i>	
Otra Subvención Pública	
Fundaciones Privadas	
Otros ARPA/CARES Fondos Recibidos (2020-2022)	
Otra	
Subtotal de Otros Fondos	
TOTALES	