

MAFCEF Formulario Posterior de Subvención para Proveedores de Cuidado Infantil Familiar

Por favor envíe antes del 1 de diciembre de 2020.

Sección 1: Información de Contacto del Solicitante

Información del Solicitante del Proveedor de Cuidado Infantil Familiar	
Nombre del proveedor / organización	
Nombre de la entidad legal (si es diferente al anterior)	
Fecha Establecida	
Número del Programa de EEC	
Dirección	
Ciudad	
Estado	
Código Postal	
Información de Contacto Principal	
Nombre	
Apellido	
Correo electrónico	
Teléfono	
Dirección (si es diferente a la anterior)	
Ciudad	
Estado	
Código postal	

Sección 2: Informe del Solicitante

Para el 1 de diciembre de 2020, por favor responda a las siguientes preguntas.

- Por favor, confirme los fondos de subvención totales que recibió a través del programa MAFCEF:
\$ _____
- ¿Cómo utilizó los fondos de la subvención que recibió? (Marque todo lo que corresponda)
 - Pérdida de ingresos (reemplace copagos, pago privado u otras fuentes de financiación)
 - Apoyo de vivienda (alquiler / hipoteca)
 - Utilidades
 - Comida
 - Cuidado de la salud
 - Necesidades de servicios profesionales (legales, contables, recursos humanos)
 - Costos de reapertura
 - Otro: _____
- ¿Has vuelto a abrir su operación de Cuidado Infantil Familiar? Sí No
 - Si es así, ¿en qué fecha volvió a abrir? _____
- Si aún no ha vuelto a abrir, ¿planea hacerlo? Sí No
 - En caso afirmativo, ¿para qué fecha? _____
 - Si no planea volver a abrir, ¿por qué?
- 3. Si ha vuelto a abrir**, complete la siguiente tabla a continuación, **que incluye los totales por nivel de edad según la inscripción actual junto con el desglose por fuente de financiamiento**. Cuente a cada niño solo una vez (para los niños que reciben fondos de múltiples fuentes, désígnelos en la categoría de financiamiento primario).

Grupo de Edad	Número de Niños en Espacios Subsidios/Voucher	Número de Niños en Espacios de Pago Privados	Número Total de Espacios
Bebés (0-15 meses)			
Toddlers (15 meses-2.9 años)			
Pre-Escolares			
Edad Escolar			
TOTAL			

* Nos reservamos el derecho de verificar su estado de cumplimiento con cualquiera de los programas anteriores.

6. Si ha vuelto a abrir, ¿cuál es su ingreso comercial semanal promedio por fuente de financiamiento desde su reapertura?

(Por favor, complete la tabla a continuación).

	Cantidad semanal promedio de ingresos de subsidios / vouchers	Cantidad semanal promedio de pago privado	Promedio total de ingresos comerciales semanales
Ingresos comerciales semanales promedio DESDE SU REAPERTURA	\$ _____	\$ _____	\$ _____

7. En unas pocas oraciones, comparta con nosotros cómo le está yendo y cómo le está yendo a su operación de Cuidado Infantil Familiar después de volver a abrir o mientras se prepara para volver a abrir. Por favor, siéntase libre de compartir lo que va bien junto con sus preocupaciones actuales, desafíos y cualquier tipo de apoyo que pueda necesitar.

8. **Si no volvió a abrir** su negocio de cuidado infantil y no planea hacerlo, por favor comparta su situación laboral actual (marque todo lo que corresponda).

- Trabajador por cuenta propia
 - Tipo de negocio: _____
- Empleado
 - Por: _____
- Desempleado

El Solicitante certifica que la información provista en este informe de subvención es precisa y verdadera.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____