

Los proveedores de cuidado infantil familiar con licencia de Illinois y los hogares grupales en todo el estado pueden usar esta solicitud para solicitar el Círculo de Calidad Bronce, Plata u Oro. Imprima este documento, identifique el círculo para el que está solicitando, complete todos cuatro secciones de esta solicitud y complete el suplemento apropiado para el Círculo de Calidad al que se dirige.

Luego escanee y envíe un correo electrónico a info@exceleRateillinois.com o envíe por correo la solicitud completa y el suplemento a:

ExceleRate Illinois
1226 Towanda Ave
Bloomington, Illinois 61701

Seleccione el Círculo de Calidad al que usted se está presentando. Asegúrese de incluir el suplemento adecuado con su solicitud.

- Círculo de Calidad Bronce** (No se requiere suplemento en el nivel Bronce. Los proveedores deben completar la Solicitud de Licencia y las capacitaciones requeridas para el Círculo de Calidad. Las capacitaciones requeridas se pueden encontrar en este [enlace](#).)
- Círculo de Calidad Plata**
 - Ruta de Evaluación** (incluya el Suplemento Círculo de Calidad Plata - Ruta de Evaluación)
 - Ruta de Acreditación** (incluye el Suplemento para el Círculo de Calidad Plata – Ruta de Acreditación NAFCC)
- Círculo de Calidad Oro**
 - Ruta de Evaluación** (incluya el Suplemento Círculo de Calidad Oro - Ruta de Evaluación)
 - Ruta de Acreditación** (incluye el Suplemento para el Círculo de Calidad Oro – Ruta de Acreditación NAFCC)

Sección 1 - Información de Contacto

PROGRAMA / NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ CONDADO _____

DIRECCIÓN DE ENVIO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ CONDADO _____

TELÉFONO N° _____ FAX N° _____

SEGURO SOCIAL N° / FEIN N° _____ LICENCIA IDCFS N° _____

*Por favor, incluya una copia de su licencia IDCFS con su solicitud. *La licencia IDCFS será verificada para saber si tiene violaciones. Un programa no debe tener violaciones pendientes/comprobadas en los últimos 12 meses.*

SI ESTÁ CUIDANDO A NIÑOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL (CCAP) USTED DEBE PROPORCIONAR SU NÚMERO(S) DE PROVEEDOR DE 15 DÍGITOS QUE LE PERMITE RECIBIR EL PAGO. SI NO PROVEE ESTE NÚMERO, SE PERDERÁ LA OPORTUNIDAD A RECIBIR COMPLEMENTOS, SI ESTÁN DISPONIBLES.

NÚMERO(S) DE PROVEEDOR _____

Este número se puede encontrar directamente después de su nombre en la documentación CCAP.

PERSONA DE CONTACTO EN EL SITIO:

NOMBRE _____

MIEMBRO DEL REGISTRO N° _____ EMAIL _____

NÚMERO DE LICENCIA IDCFS _____



Sección 2 - Información del Programa

Días y Horas de Operación:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de inicio							
Hora final							

Calendario Anual: (marque uno)

- TODO EL AÑO (cuidando a niños por al menos 47 semanas)
- SOLO EL AÑO ESCOLAR
- SOLO EL VERANO
- OTRA PARTE DEL AÑO (cuidando a niños por menos de 47 semanas, pero no Solo el Año Escolar o Solo el Verano)

Marque el círculo de cada fuente de financiación que el programa recibe: (marque todos los que corresponda)

- COBROS / HONORARIOS PARA LOS PADRES
- PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CUIDADO INFANTIL (CCAP)
- HEAD START / EARLY HEAD START
- EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS DE ILLINOIS
- INICIATIVA DE PREVENCIÓN (ISBE/CPS)
- PREESCOLAR PARA TODOS (ISBE/CPS)
- DEPARTAMENTO DE FAMILIA Y SERVICIOS DE APOYO (DFSS) CIUDAD DE CHICAGO
- RED DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR

NOMBRE DE LA RED _____

Sección 3 - Perfil del Programa

Por favor, complete un perfil, en las dos páginas siguientes, para el programa. Se requiere toda la información a menos que se indique como opcional. Por favor, tenga en cuenta que se necesita saber el número de niños bajo su cuidado en cada uno de los horarios en la página siguiente para ayudar a comprender a los niños en diversos tipos de centros de cuidado.

Definiciones / Notas:

- El Programa o el Nombre del proveedor deben ser reconocibles ya que se hará referencia a todo el proceso de ExceleRate incluyendo evaluaciones y renovaciones anuales.
- Proporción máxima significa el mayor número de niños por proveedor; proporción mínima significa el menor número de niños por proveedor.
- Para esta sección, "Proveedor" significa el Proveedor de la Familia o el Grupo de Cuidado de Niños en el programa.
- De Bajos Ingresos – Elegible para el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil del IDHS (CCAP), Almuerzo Gratis / Reducido, o el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos del USDA.
- Se considera Tiempo Completo (T.C.) a 35 horas por semana o más.
- Necesidades Especiales – Un niño con una discapacidad diagnosticada que ha completado una evaluación formal y está recibiendo (o es elegible para) servicios de intervención temprana.
- Utilice los siguientes roles: Proveedor de Cuidado Infantil Familiar, Proveedor de Grupo Familiar de Cuidado de Niños, Asistente de Cuidado Infantil Familiar, o Suplente.

NÚMERO DE LICENCIA IDCFS _____

Perfil del Programa:

PROGRAMA / NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

Horario Diario:(marque todo lo que corresponda)

- Radio buttons for: DÍA COMPLETO: NÚMERO DE NIÑOS, PARTE DEL DÍA: NÚMERO DE NIÑOS, CUIDADO DE LA TARDE: NÚMERO DE NIÑOS, CUIDADO DE LA NOCHE: NÚMERO DE NIÑOS

Proporción Máxima: _____ : _____ Proporción Mínima: _____ : _____

Por favor indique proveedor, asistente(s) y suplente(s).

MIEMBRO DEL REGISTRO NO _____ NOMBRE _____

FECHA DE EMPLEO _____ T.C. -o- T.P. _____ % DE TIEMPO EN EL PROGRAMA _____

FECHA DEL PRIMER DÍA DE LA POSICIÓN _____ ROL DE LA POSICION _____

MIEMBRO DEL REGISTRO NO _____ NOMBRE _____

FECHA DE EMPLEO _____ T.C. -o- T.P. _____ % DE TIEMPO EN EL PROGRAMA _____

FECHA DEL PRIMER DÍA DE LA POSICIÓN _____ ROL DE LA POSICION _____

MIEMBRO DEL REGISTRO NO _____ NOMBRE _____

FECHA DE EMPLEO _____ T.C. -o- T.P. _____ % DE TIEMPO EN EL PROGRAMA _____

FECHA DEL PRIMER DÍA DE LA POSICIÓN _____ ROL DE LA POSICION _____

MIEMBRO DEL REGISTRO NO _____ NOMBRE _____

FECHA DE EMPLEO _____ T.C. -o- T.P. _____ % DE TIEMPO EN EL PROGRAMA _____

FECHA DEL PRIMER DÍA DE LA POSICIÓN _____ ROL DE LA POSICION _____

Por favor, complete la siguiente información sobre los niños inscritos en el programa.

PROGRAMA / NOMBRE DEL/A PROVEEDOR/A _____

Del total inscritos, incluyendo el número de niños que son de los proveedores _____

Número de niños atendidos con una alta necesidad demostrada (incluye bajos ingresos, necesidades especiales, y que el idioma primario no es el inglés—ver definiciones en la página 2):

	Infantes 0-14 meses	Niños Pequeños 15-23 meses	Dos 24-35 meses	Preescolar Edad 3 a Kindergarten	Edad Escolar Kindergarten+
Todos Los Niños Atendidos (Tiempo Completo + Tiempo Parcial = Total Inscritos)					
Inscritos a Tiempo Completo					
Inscritos a Tiempo Parcial					
Niños Atendidos por el Programa / Financiamiento Corriente					
Solo Cobros / Honorarios de los Padres					
Solo CCAP					
Otro _____					
Niños Atendidos con Alta Necesidad Demostrada					
Bajos Ingresos					
El Lenguaje Primario no es el Inglés					
Necesidades Especiales					
Opcional – Información Demográfica					
Blanca/Caucásica					
Negra/Afro Americana					
Hispana/Latina					
Asiática					
Americana Nativa/de Alaska					
Multi-Racial					
Otra					
No se sabe					

Sección 4 - Firma

Confirmando que he leído este párrafo y que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y exacta. Al firmar abajo entiendo que INCCRRA utilizará mi firma como autorización para verificar toda la información y los documentos que se han presentado en el marco de esta aplicación. Entiendo que cualquier declaración falsa o engañosa o documentación posterior pueden constituir motivo para negación. Entiendo que si soy galardonado-a con un Círculo de Calidad ExceleRate la información se pondrá a disposición del público y que la información agregada del programa puede ser utilizada con propósitos de investigación o evaluación.

FIRMA _____ FECHA _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE _____

Request for Taxpayer Identification Number and Certification

**Give Form to the
 requester. Do not
 send to the IRS.**

Print or type See Specific Instructions on page 2.	Name (as shown on your income tax return)	
	Business name/disregarded entity name, if different from above	
	Check appropriate box for federal tax classification: <input type="checkbox"/> Individual/sole proprietor <input type="checkbox"/> C Corporation <input type="checkbox"/> S Corporation <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Trust/estate <input type="checkbox"/> Limited liability company. Enter the tax classification (C=C corporation, S=S corporation, P=partnership) ▶ _____ <input type="checkbox"/> Other (see instructions) ▶ _____	Exemptions (see instructions): Exempt payee code (if any) _____ Exemption from FATCA reporting code (if any) _____
	Address (number, street, and apt. or suite no.)	Requester's name and address (optional)
	City, state, and ZIP code	
List account number(s) here (optional)		

Part I Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. The TIN provided must match the name given on the "Name" line to avoid backup withholding. For individuals, this is your social security number (SSN). However, for a resident alien, sole proprietor, or disregarded entity, see the Part I instructions on page 3. For other entities, it is your employer identification number (EIN). If you do not have a number, see *How to get a TIN* on page 3.

Social security number									

Note. If the account is in more than one name, see the chart on page 4 for guidelines on whose number to enter.

Employer identification number									

Part II Certification

Under penalties of perjury, I certify that:

1. The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me), and
2. I am not subject to backup withholding because: (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding, and
3. I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below), and
4. The FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that I am exempt from FATCA reporting is correct.

Certification instructions. You must cross out item 2 above if you have been notified by the IRS that you are currently subject to backup withholding because you have failed to report all interest and dividends on your tax return. For real estate transactions, item 2 does not apply. For mortgage interest paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, contributions to an individual retirement arrangement (IRA), and generally, payments other than interest and dividends, you are not required to sign the certification, but you must provide your correct TIN. See the instructions on page 3.

Sign Here	Signature of U.S. person ▶	Date ▶
------------------	----------------------------	--------

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.
Future developments. The IRS has created a page on IRS.gov for information about Form W-9, at www.irs.gov/w9. Information about any future developments affecting Form W-9 (such as legislation enacted after we release it) will be posted on that page.

Purpose of Form

A person who is required to file an information return with the IRS must obtain your correct taxpayer identification number (TIN) to report, for example, income paid to you, payments made to you in settlement of payment card and third party network transactions, real estate transactions, mortgage interest you paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, or contributions you made to an IRA.

Use Form W-9 only if you are a U.S. person (including a resident alien), to provide your correct TIN to the person requesting it (the requester) and, when applicable, to:

1. Certify that the TIN you are giving is correct (or you are waiting for a number to be issued),
2. Certify that you are not subject to backup withholding, or
3. Claim exemption from backup withholding if you are a U.S. exempt payee. If applicable, you are also certifying that as a U.S. person, your allocable share of any partnership income from a U.S. trade or business is not subject to the

withholding tax on foreign partners' share of effectively connected income, and

4. Certify that FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that you are exempt from the FATCA reporting, is correct.

Note. If you are a U.S. person and a requester gives you a form other than Form W-9 to request your TIN, you must use the requester's form if it is substantially similar to this Form W-9.

Definition of a U.S. person. For federal tax purposes, you are considered a U.S. person if you are:

- An individual who is a U.S. citizen or U.S. resident alien,
- A partnership, corporation, company, or association created or organized in the United States or under the laws of the United States,
- An estate (other than a foreign estate), or
- A domestic trust (as defined in Regulations section 301.7701-7).

Special rules for partnerships. Partnerships that conduct a trade or business in the United States are generally required to pay a withholding tax under section 1446 on any foreign partners' share of effectively connected taxable income from such business. Further, in certain cases where a Form W-9 has not been received, the rules under section 1446 require a partnership to presume that a partner is a foreign person, and pay the section 1446 withholding tax. Therefore, if you are a U.S. person that is a partner in a partnership conducting a trade or business in the United States, provide Form W-9 to the partnership to establish your U.S. status and avoid section 1446 withholding on your share of partnership income.