

Forma de Desafiliación de Quality First

Nombre y Domicilio del/la Participante:	Identificación del/ la Participante #:	Agencia de Mentores:
		Mentor de Quality First:

ELIJA A O B

- A. **Yo me estoy desafiando de Quality First (QF).** Yo he decidido no continuar como participante de QF.

Fecha de **Notificación** de la Desafiliación:

Fecha **de Vigencia** de la Desafiliación:

Razón de la desafiliación (Por favor marque una)

- Cierre del negocio
 Mudándose a una ubicación nueva
 Selección del/la participante
 Ya no está regulado
 Actualmente no hay niños/as inscritos

- B. **Su programa ha sido desafiado a partir de ___/___/___, debido a que ya no cumple con los requerimientos de participación de QF en forma enunciativa (ilustrativa) y no limitativa Estatus Regulatorio, Presencia Legal, o por fallar en progresar mientras se encontraba en un Plan de Apoyo Focalizado.** Si usted objeta a esta desafiliación, puede iniciar el Proceso de Apelación de QF presentando una Solicitud de Apelación dentro de **60 días de calendario** de haber sido notificado/a de esta desafiliación. La solicitud se debe presentar por escrito usando la Forma de Solicitud de Apelación (obtenida de su mentor or coordinador de QF, de Southwest Human Development, o de extranet): por correo postal a **Quality First, First Things First, 4000 N. Central Avenue, Suite 500, Phoenix, Arizona 85012**; ó por correo electrónico a qualityfirst@firstthingsfirst.org.

POR FAVOR LEA Y COLOQUE SUS INICIALES JUNTO A CADA RECONOCIMIENTO A CONTINUACIÓN:

_____ Yo ya no soy eligible a los servicios de QF, a los fondos de QF o a las becas de cuidado infantil de QF.

_____ La desafiliación puede hacer que ya no sea eligible a otra financiación o servicios provistos a través de First Things First en mi área regional.

_____ Yo entiendo que necesito remover toda referencia de mi participación en QF, incluyendo, pero no limitado a referencias en formas, normas, y publicidad.

_____ Yo puedo volver a solicitar participar en QF presentando una solicitud nueva si así lo deseo. Los participantes desafiados debido a que no cumplen con los requerimientos del programa deben esperar un año de la fecha de desafiliación antes de volver a hacer su solicitud.

_____ Si la desafiliación se debe cierre del negocio, trabajaré con el coordinador o mentor de QF para redistribuir los materiales comprados con fondos de Quality First.

_____ Si es aplicable, yo acuerdo a presentar el Expenditure Report dentro de **15 días de calendario** de la fecha de vigencia de la desafiliación y además acuerdo reembolsar cualquier porción que no se haya gastado o no permitida del desembolso de fondos a la agencia entrenadora dentro de **15 días de calendario** de la solicitud de reembolso de la agencia entrenadora.

Al firmar abajo, estoy certificando que estoy autorizado/a para firmar este documento a nombre de mi organización.



Forma de Desafiliación de Quality First

Nombre Autorizado

Firma Autorizada

Fecha