

Nombre y Domicilio del Sitio del/la Participante:

Número de Identificación del/la Participante:

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo el compromiso del/la participante de Quality First identificado/a abajo. Yo entiendo que en la Guía del Participante se incluyen detalles adicionales sobre la participación en Quality First.

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

Como participante de Quality First:

\_\_\_ Yo entiendo que se requiere que mi programa cumpla con todos los requerimientos regulatorios (ADHS, DES, autoridad tribal o militar, como sea aplicable) para mi participación en Quality First. Yo le notificaré al Mentor o al Coordinador de Quality First sobre cualquier acción de cumplimiento o cambio en mi estatus regulatorio.

\_\_\_ Yo entiendo que mi nivel de servicio y apoyos (Búsqueda de Calidad, Logro de Calidad, o Continuación de Calidad) generalmente se basará en mi Clasificación de Calidad. Como participante, yo me comprometeré a participar en el proceso de mejoramiento de la calidad, lo cual incluirá:

- ☐ Proveer acceso a los evaluadores de Quality First para que observen los salones de clases/el hogar para completar el proceso de evaluación;
- ☐ Mantener la información de mi programa actualizada en la extranet y el Registro;
- ☐ Participar en la orientación de y la incorporación a Quality First con mi coordinador de Quality First según sea necesario, y solicitar su asistencia con la extranet y ayuda encontrando recursos para mi programa;
- ☐ Trabajar con el mentor de Quality First Coach durante sus visitas al sitio para establecer metas y planes para lograr las metas que mejorarán la calidad del entorno del programa y las interacciones con los niños y niñas pequeños y sus familias;
- ☐ Trabajar con el asesor de salud del cuidado infantil (asesor CCH por sus siglas en inglés), al participar en las horas requeridas de consulta, completando la Evaluación de Salud y Seguridad y creando y trabajando en un Plan de Acción de Salud y Seguridad.

\_\_\_ Yo les comunicaré las metas de mi programa sobre el mejoramiento de la calidad a todo el personal y los voluntarios. Esto ayudará a hacer mejoramientos sostenibles de calidad y a apoyar su crecimiento profesional.

\_\_\_ Yo mantendré la comunicación en forma profesional y respetuosa en mis interacciones con las familias, los colegas, el personal, y los proveedores de asistencia técnica.

\_\_\_ Yo le notificaré al mentor de Quality First, al asesor CCH o al Coordinador de Quality First por lo menos 24 horas por adelantado, si no estaré disponible para reunirme en conformidad con nuestro cronograma acordado.

\_\_\_ Yo entiendo que el personal y los voluntarios responsables del cuidado o del tratamiento de los niños y niñas en mi programa son reporteros obligatorios por ley (tal como se describe en la sección 13-3620 de los Estatutos de Arizona Modificados). Esto significa que si ellos creen razonablemente que un/a niño/a ha sufrido abuso o negligencia, entonces ellos están obligados a reportar de inmediato o hacer que se haga un reporte con respecto a dicha creencia a las autoridades apropiadas (ejem.: Departamento de Seguridad Infantil, policía local).

\_\_\_ Yo entiendo que si un mentor de Quality First, asesor CCH, coordinador de Quality First, evaluador de Quality First, asesor de la salud mental de la primera infancia “ECMHC”, y/o mentor de inclusión es testigo de cualquier infracción seria contra la salud o seguridad, o cree razonablemente que ha ocurrido abuso, negligencia o que se ha puesto en peligro a un/a niño/a, entonces es posible que se requiera que reporten esa información. La norma de First Things First requiere que los mentores y asesores completen un reporte de incidente crítico que pueda resultar en una notificación a una agencia del cumplimiento de la ley, a la oficina de Licencias de Cuidado Infantil de ADHS, a la División de Cuidado Infantil de DES, o al Departamento de Seguridad Infantil.

---

Nombre del/la Participante

---

Firma del/la Participante

---

Fecha