



Acuerdo para Participar Sólo en la Clasificación de Quality First

Por favor envíe una copia firmada de esta forma a la coordinadora de QF para aceptar o rechazar participar Sólo en la Clasificación de Quality First.

Nombre del Sitio:	Identificación de Quality First #:
Nombre y Función:	

Por favor ponga sus iniciales en una:

☐

Yo acepto participar Sólo en la Clasificación de Quality First.
Proceda a Reconocimientos

☐

Yo rechazo participar Sólo en la Clasificación de Quality First. Yo entiendo que debo presentar una solicitud nueva a Quality First para la consideración de selección en el futuro. *Proceda a la Firma*

Reconocimientos- Por favor ponga sus iniciales en cada artículo a continuación.

☐

Yo entiendo que la participación en Quality First es voluntaria y que yo puedo optar por rechazar la participación en cualquier momento.

☐

Yo reconozco que los siguientes componentes de Quality First **NO ESTÁN** incluidos en la participación de Sólo en la Clasificación: Preparación y Coordinación, Consulta de Salud de Cuidado Infantil y Asistencia Especializada, Financiamiento de Quality First y Desarrollo Profesional de Quality First, y que no soy elegible para las Becas de Quality First.

☐

Yo acepto seguir todas las normas de Quality First específicas a la evaluación y la clasificación identificadas en la versión más reciente de la [Guía del Participante de Quality First](#).

☐

Yo mantendré información precisa sobre las licencias, el personal, y el salón de clases en el perfil de mi sitio en la Extranet.

☐

Yo entiendo que puedo usar el proceso de Aclaración, Inquietud, y Apelación como se describe en la guía del Participante de Quality First para abordar preguntas o inquietudes sobre mi Evaluación y Clasificación por Estrellas de Quality First.

☐

Yo entiendo que las clasificaciones iniciales de 1 y 2 estrellas no son públicas, a menos que yo envíe una [forma de Solicitud de Clasificación Pública](#) y que las clasificaciones iniciales de 3, 4 y 5 estrellas y todas las clasificaciones de renovación serán públicas hasta ya sea la fecha de terminación del ciclo o hasta que mi programa rechace la participación en Quality First.

☐

Yo entiendo que mi clasificación será válida durante dos años o hasta la fecha de terminación del ciclo identificada en la Extranet de Quality First.

☐

Yo entiendo que, si no hay fondos disponibles para una evaluación de renovación, se rechazará mi participación Sólo en la Clasificación de Quality First después de la fecha de terminación del ciclo de evaluación identificada en la Extranet de Quality First.

☐

Yo entiendo que las clasificaciones públicas serán reconocidas por el Departamento de Seguridad Económica de Arizona, División de Cuidado Infantil, para el reembolso mejorado de asistencia para el cuidado infantil y que pueden ser reconocidas por otras agencias o programas como lo determinen sus propias normas.

☐

Yo entiendo que, si no estoy en buena situación con mi agencia reguladora durante más de 60 días o si no estoy en buena situación más de una vez dentro de 12 meses, mi participación Sólo en la Clasificación de Quality First puede ser dada por terminada.

Firma

Al llenar esta forma, el/la firmante certifica que está autorizado/a para firmar a nombre del sitio participante, identificado arriba.

Nombre

Firma

Fecha