

**Illinois Action for Children**  
**4753 N. Broadway, Suite, 1200**  
**Chicago, IL 60640**



**1 de julio de 2020 – 30 de junio de 2021**

En asociación con Illinois Action for Children, el Departamento de Servicios Humanos de Illinois está proporcionando fondos para ayudar a los profesionales del cuidado infantil a obtener la Certificación de Primeros Auxilios (PA)/Reanimación Cardiopulmonar (RCP). **La financiación es limitada y se realiza sobre una base de reembolso.** A continuación, se presentan las pautas, por favor lea atentamente. A los efectos de este documento, el "programa" se refiere tanto a los centros de cuidado infantil como a los hogares de cuidado infantil familiar; "proveedor" es inclusivo para todos los profesionales del cuidado infantil (personal del centro y cuidado de niños de la familia).

**1. Criterios de elegibilidad:**

- El proveedor debe ser empleado actualmente por un programa que está proporcionando activamente cuidado de niños.
- El programa puede tener licencia o ser exento de licencia.
- El proveedor debe ser un miembro actual del Registro de Gateways to Opportunity (se aplica a individuos y grupos).
- El programa de cuidado infantil debe figurar en la base de datos de referencias de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) y actualmente debe estar proporcionando cuidado en el siguiente condado de Illinois: Cook.
- El programa de cuidado infantil no debe tener ninguna obligación financiera sin pagar con la agencia CCR&R o la Oficina de La Primera Infancia del IDHS.
- **Prioridad se otorga a los programas que actualmente proporcionan el cuidado al 50% o más niños cuyo cuidado es pagado por el Programa de Asistencia de Cuidado Infantil (CCAP, por sus siglas en inglés) de IDHS.**

**2. Los fondos están disponibles para:**

- Capacitación en PA/RCP que se produce entre 1 de julio de 2020 – 1 de junio de 2021.
- Costos individuales asociados con PA/RCP pediátrico (cuota de inscripción, libro de trabajo de estudiantes, tarjeta de certificación). Para los proveedores de edad escolar, PA/RCP debe ser específico para la edad atendida.
- PA/RCP que toma lugar en el programa para el personal del centro que se organiza por un programa de cuidado infantil (cuota de inscripción, libro de trabajo de estudiantes, tarjeta de certificación).  
 El plan de estudios de PA/RCP debe ser de una de las siguientes entidades aprobadas:
  - American Heart Association
  - American Red Cross
  - Emergency Care and Safety Institute (ECSI)
  - Ellis & Associates, Inc.-Orlando, FL
  - MEDIC FIRST AID
  - Pro-Trainings, LLC
  - American Safety & Health Institute (ASHI)
  - American Trauma Event Management (ATEM)
  - Edward Atkinson/Emergency Response Health Network
  - EMS Safety Services
  - National Safety Council
  - R.H. Sanders & Associates/Titan CPR Associates
- Certificación inicial o de renovación.
- Capacitación de certificación cara a cara o híbrida (combinada en línea/en persona). Para las capacitaciones de certificación híbrida debe haber al menos una sesión en persona para demostrar los conocimientos y la capacidad de aplicar la RCP de forma correcta y segura.

**3. Los fondos no cubren:**

- Capacitación/certificación incompleta o fallida.
- PA/RCP solo para adultos.
- Viajar hacia y desde la capacitación.
- Capacitación fuera del estado.
- La compra de maniqués de RCP, pulmones, válvulas, DVD'S, máscaras, escudos, rodilleras, guantes o kits de capacitación.

- Costo de comidas o refrescos.
  - El costo de una tarjeta de certificación de reemplazo.
  - Cuota de inscripción de PA/RCP para voluntarios en un programa de cuidado infantil.
- 

#### 4. Proceso de solicitud:

Presente una solicitud completa junto con la documentación de apoyo requerida:

- Prueba de membresía en el Registro de Gateways
- Formulario W-9 completado
- Recibo/comprobante de pago.
- Documentación de la finalización del curso para todos los participantes.
- Para capacitación de grupos del centro – una hoja de asistencia para aquellos que asisten/completan el curso incluyendo sus números de Gateways.
- El CCR&R le notificará por escrito si su solicitud ha sido aprobada o denegada.

#### 5. Cantidad de financiación/el pago:

- El costo de PA/RCP se financiará al 100% hasta **\$125.00** por participante.
- La financiación es limitada y no está garantizada.
- El reembolso se hará a una persona o a un programa de cuidado infantil.

#### 6. El plazo para aplicar:

- Es continuo como la financiación lo permite.
- La fecha final para presentar una solicitud de financiación es el 1 de junio de 2021.

#### 7. Información de contacto:

**Illinois Action for Children**

**(773) 564-8804 o por correo electrónico a [registration@actforchildren.org](mailto:registration@actforchildren.org)**

#### 8. Otra información:

- Certificación de RCP /Primeros Auxilios – Esta certificación debe ingresarse individualmente como una certificación en el Registro.
- Las solicitudes incompletas retrasarán el tiempo de proceso.
- El reembolso no se realizará hasta que se complete la solicitud.

#### Lista de verificación: ¿está completa su solicitud?

- Todas las partes de la aplicación están completas. Si una pregunta no era aplicable, inserté N/A.
- Firmé y feché la solicitud.
- Adjunte la documentación de apoyo requerida:
  - Prueba de membresía en el Registro de Gateways
  - Formulario W-9 completado
  - Recibo/comprobante de pago.
  - Documentación de la finalización del curso para todos los participantes.
  - Para capacitación de grupos del centro – una hoja de asistencia para aquellos que asisten/completan el curso incluyendo sus números de Gateways.
- La información de pago que he enviado es correcta.
- Entiendo que una solicitud incompleta retrasará el proceso de revisión.
- He hecho una copia de la solicitud y toda la documentación de apoyo para mis registros.



PASO 1: Información del solicitante		
Solicitar fondos como: <input type="checkbox"/> Un individuo <input type="checkbox"/> Capacitación en grupo (solo centros de cuidado infantil)		
Nombre del solicitante:	Apellido del solicitante:	
Dirección del solicitante:		
Ciudad:	Estado:	Código postal: Condado:
Dirección postal (si es diferente):		
Nº de teléfono del programa: ( )	Nº de teléfono alternativo: ( )	
Número del registro de Gateways:	Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Programa	
El programa es: <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil con licencia <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil exento de licencia <input type="checkbox"/> Cuidado infantil familiar con licencia <input type="checkbox"/> Cuidado infantil familiar exento de licencia		
Nombre del programa (lugar de trabajo):		
Dirección del programa (lugar de trabajo):		
Ciudad:	Estado: IL	Código postal: Condado:
Porcentaje de niños IDHS CCAP: Para calcular: Número total de niños con Asistencia Financiera IDHS <b>DIVIDIDO</b> por la Inscripción Total Actual <b>MULTIPLICADO</b> por 100 es <b>IGUAL</b> al Porcentaje de niños que reciben Asistencia de IDHS. (Proveedores de casa: incluya a sus propios hijos, menores de 13 años, en la inscripción)		
$\frac{\text{Nº de niños de IDHS}}{\text{Inscripción Total Actual}} \times 100 = \text{Porcentaje de niños de IDHS} \%$		
PASO 2: Información de capacitación		
Fecha(s) de la capacitación:	Nombre de entrenador:	
Ubicación de la capacitación (dirección, ciudad, IL, código postal, condado):		
<input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Primeros Auxillios <input type="checkbox"/> Combinación PA/RCP	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Renovación	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Híbrido
Duración de la capacitación: En persona: _____ Híbrido: componente en línea _____ / componente en persona _____		
Entidad ( <u>Marque uno</u> ):		
<input type="checkbox"/> American Heart Association	<input type="checkbox"/> American Safety & Health Institute (ASHI)	
<input type="checkbox"/> American Red Cross	<input type="checkbox"/> American Trauma Event Management (ATEM)	
<input type="checkbox"/> Emergency Care and Safety Institute (ECSI)	<input type="checkbox"/> Edward Atkinson/Emergency Response Health Network	
<input type="checkbox"/> Ellis & Associates, Inc.-Orlando, FL	<input type="checkbox"/> EMS Safety Services	
<input type="checkbox"/> MEDIC FIRST AID	<input type="checkbox"/> National Safety Council	
<input type="checkbox"/> Pro-Trainings, LLC	<input type="checkbox"/> R.H. Sanders & Associates/Titan CPR Associates	
Cantidad solicitada	Financiación máxima	Costo real
Individuo PA/RCP Costo por persona \$ _____	100% del costo real	\$ _____
Grupo del centro PA/RCP Costo por persona \$ _____ x _____ Total de asistentes = Costo real		\$ _____
<b>Cantidad Total</b>		\$ _____

<b>PASO 3: Información de pago</b>			
Solicitar que el pago ser hecho/envíe por correo a: <input type="checkbox"/> Individuo <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil			
Haga el cheque pagadero a: _____ <small style="display: block; text-align: center;">nota – esto debe coincidir con la casilla 1 del W-9</small>			
Envíe el cheque por correo a: _____ <small style="display: block; text-align: center;">Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal</small>			
Solicitante <input type="checkbox"/> N° de Seguridad Social <input type="checkbox"/> N° FEIN _____ <b>requerido</b>			
<b>PASO 4: Autorización</b>			
<i>He completado toda la documentación que se solicitó en las instrucciones y requisitos. Certifico que la información anterior es verdadera y exacta, que no he sido señalado por maltrato infantil y negligencia, y que mi nombre o los nombres de mis empleados (si procede) no están incluidos en el sistema de seguimiento del maltrato infantil. Además, doy permiso para que un representante del Departamento de Servicios Infantiles y Familiares o su agente entreguen información sobre mi licencia actual de guardería en el hogar, guardería de grupo en el hogar o centro de guardería si es relevante para mi solicitud.</i>			
_____	_____	_____	_____
Nombre impreso del solicitante	Fecha	Firma del solicitante	Fecha

Devuelva una solicitud completa y toda la documentación de apoyo necesaria (consulte núm. 4 y la lista de verificación) a:

**registration@actforchildren.org Attn: Fondos de asistencia para los primeros auxilios y RCP**

**o**

**Illinois Action for Children**

**Attn: Fondos de asistencia para los primeros auxilios y RCP**

**4753 N. Broadway, Ste. 1200**

**Chicago, IL 60640**

<b>CCR&amp;R USE ONLY:</b>		
Date Received:	Reviewed by:	Complete? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Approved    Date / Amount \$		
<input type="checkbox"/> Pending    Date/Reason		
<input type="checkbox"/> Communicated with applicant    Date / Message		
<input type="checkbox"/> Denied    Date / Reason		