



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL PROVEEDOR

## Información del Proveedor

(Este formulario debe ser completado por TODOS los proveedores antes de participar en actividades de Los Primeros 5 del Condado de Fresno)  
Tome en cuenta, que al participar en servicios de los Primeros 5 usted puede ser seleccionado(a) para participar en la evaluación de los Primeros 5.

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ¿Cuál es su género?  Masculino  Femenino

¿Cuál es el nivel educativo más avanzado que usted ha completado?

- Años 1-8  Años 9-11  Año 12 (preparatoria)  Algo de universidad
- Escuela vocacional  Título de colegio comunitario  Licenciatura universitaria  Maestría
- Doctorado o equivalente  No tuve educación formal

¿Cuál es su raza o grupo étnico? (seleccione una respuesta solamente)

- Nativo de Alaska/Indio Americano  Afro Americano  Hmong  De las Islas del Pacifico  Asiático
- Hispano/Latino  Multiracial  Ruso/Ucranio  Blanco/Caucásico  Desconocido
- Otro: \_\_\_\_\_

**Idioma principal hablado de crianza o idioma hablado con más frecuencia (seleccione una respuesta solamente):**

- Cantonés  Hmong  Coreano  Español  Inglés
- Idioma indígena de México  Mandarín  Ruso/Ucranio  Vietnamita  Desconocido
- Otro: \_\_\_\_\_

**Idioma secundario hablado con fluidez o que habla con frecuencia (seleccione una respuesta solamente):**

- Cantonés  Hmong  Coreano  Español  Inglés
- Idioma indígena de México  Mandarín  Ruso/Ucranio  Vietnamita  Desconocido
- Otro: \_\_\_\_\_  Ninguno

**Por favor seleccione la mejor opción que describa su enfoque principal de trabajo o identidad profesional: (seleccione una respuesta solamente):**

- Cuidado infantil familiar  Proveedor de salud  Centro de cuidado infantil  Proveedor de salud mental
- Voluntario  Educador  Servicios Sociales  Estudiante

Número de Oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Dirección de Oficina: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Si USTED ES un proveedor infantil, complete esta sección. Si NO, siga al espacio de firma abajo.**

Nombre del Centro o nombre del Cuidado infantil familiar: \_\_\_\_\_

Por favor seleccione solo una declaración:

- Soy o trabajo para un proveedor de **cuidado infantil con licencia**, que cuida a niños del condado de Fresno de 0 a 5 años de edad, comprometido(a) a mejorar calidad del cuidado infantil.
- Soy o trabajo para un proveedor de **cuidado infantil sin licencia**, que cuida a niños del condado de Fresno de 0 a 5 años de edad, comprometido(a) a mejorar calidad del cuidado infantil.

**Al firmar este formulario, certifico que toda la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

*This section to be completed by program staff.*

Today's Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Agency/Program Name: \_\_\_\_\_ Contract # \_\_\_\_\_