



Conscious Awareness Learning Model – HC Solicitud de Soporte Educativo FY2027

Nombre de persona presentando solicitud:		Puesto: ☐ Director/a ☐ Profesor/a	
Número de teléfono:		E-mail:	
Nombre del Center/FCCH:		☐ Centro ☐ Family Child Care Home	
Dirección:		# Niños matriculados: _____	
		# Empleados: _____	
Ciudad:	Código postal:	Numero de teléfono:	
Información de la aplicación: ☐ Solicitud de Director/a ☐ Solicitud del Profesor/a		Nombre(s) y estructura(s) de salón(es): (Llenar todo lo aplicable) ☐ Bebes _____ # matriculados ____ ☐ Toddlers _____ # matriculados ____ ☐ 2 años _____ # matriculados ____ ☐ 3 años _____ # matriculados ____ ☐ 4 años _____ # matriculados ____ ☐ Pre-K _____ # matriculados ____ Número total de salones: _____	
¿Idioma primario hablado en el salón/centro? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Haitian-Creole ☐ Otro _____			
- Reconozco que las solicitudes de soporte de CALM se otorgan a un centro, FCCH, o escuela no pública con un educador de la primera infancia que ha participado en al menos ocho sesiones de ciclo regular de CALM desde 1 octubre 2025 y participando activamente en FY27 para implementar estrategias de CALM que mejoren la calidad del salón. - Reconozco que este premio tiene una cantidad máxima de \$5,000 por centro, FCCH o escuela no pública. - Para una empresa/franquicia o una organización con múltiples ubicaciones en el condado de Hillsborough, el gasto máximo no puede exceder los \$5,000 en todos los sitios elegibles. - Certifico que el Centro, FCCH o Escuela No Pública cumple con las Licencias de Cuidado Infantil del Condado de Hillsborough. - Certifico que los materiales recibidos se utilizarán en los salones antes mencionados, descritos anteriormente, y apoyaré las estrategias y prácticas de CALM. - Reconozco que puedo estar sujeto a una visita al sitio para confirmar la implementación apropiada del material.			
Firma del solicitante		Fecha	
Firma del Director/Funcionario Autorizado		Fecha	

**** La fecha límite para enviar la solicitud de soporte es 6 agosto 2027 ****