

**Iowa Department of Human Services**  
**CHILD CARE CENTER EVALUATION AND RECOMMENDATION FOR LICENSE**  
**(EVALUACIÓN Y RECOMENDACIÓN PARA LICENCIA DE CENTRO DE CUIDADO INFANTIL)**

**Nombre del Centro:** \_\_\_\_\_ **Inscripción:** \_\_\_\_\_ **N° de Licencia**  
 (Renovaciones)

**Calle:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ Iowa **CP:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Director:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Supervisor(es) in situ:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Fecha(s) de Visita:**

Visita por Licencia       Visita sin previo aviso       Visita anual

**VISITAS POR LICENCIA**

Nueva Solicitud       Renovación       No corresponde

Se recibió solicitud (470-0722) firmada       Sí       No       No Corresp.      Fecha de firma: \_\_\_\_\_

**INSPECCION**       Estatal       Local       No corresp.      ¿Inspección aprobada?       Si       No       No corresp.  
**CONTRA INCENDIOS**

**Fecha de la Inspección:** \_\_\_\_\_

**Comentarios :** \_\_\_\_\_

**TIPO DE LICENCIA:**       Guardería       Preescolar (de 3 a 5 años de edad por tres horas o menos por día)

**Tipo de organización:**       Con fines de lucro       Sin fines de lucro       No corresponde

**Acreditación:**       Acreditado       NAEYC       NSACA       Otro       No corresponde

**El programa atiende a:**       Infantes (0-23 meses)       2 años       Edad preescolar       Edad escolar

Conv alecientes       Cuidado nocturno       Necesidades especiales

**CALENDARIO:**       Todo el año       Año escolar       Verano solamente

<b>HORARIO:</b>	<i>Todo el año</i>	<i>Año escolar</i>	<i>Verano solamente</i>
Domingo	a	a	a
Lunes	a	a	a
Martes	a	a	a
Miércoles	a	a	a
Jueves	a	a	a
Viernes	a	a	a
Sábado	a	a	a

<b>CAPACIDAD DE LIC.</b>	<b>Infantes</b>	<b>2 años</b>	<b>Preescolar</b>	<b>Edad escolar</b>	<b>Capacidad</b>
General					
Verano					

<b>RECOMENDACIÓN PARA LICENCIA:</b>	
<input type="checkbox"/>	Licencia <b>COMPLETA</b> desde _____ hasta _____
<input type="checkbox"/>	Licencia <b>PROVISORIA</b> desde _____ hasta _____
<input type="checkbox"/>	<b>DENEGACIÓN</b> de solicitud inicial plication
<input type="checkbox"/>	<b>SUSPENSIÓN</b> de la licencia
<input type="checkbox"/>	<b>REVOCACIÓN</b> de la licencia

**Firma del Asesor:**

**Fecha:**

**I. SI LA LICENCIA ACTUAL ES PROVISORIA, IDENTIFIQUE LAS ACCIONES CORRECTIVAS NECESARIAS**

**II. IDENTIFIQUE LAS ÁREAS OBSERVADAS DURANTE LA VISITA:**

**III. IDENTIFIQUE LAS FORTALEZAS DEL CENTRO:**

**IV. IDENTIFIQUE LOS ASPECTOS OPERATIVOS QUE NO CUMPLEN LAS NORMAS REVISADAS:**

**V. NOTAS/RECOMENDACIONES ESPECIALES:**