NÚMERO DE PROVEEDOR DE CCMIS: _____

ENCUESTA DE TARIFAS DE MERCADO DEL AÑO FISCAL 2007-08 & ANEJO C-1 DEL ACUERDO DE PROVEEDOR

Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: ( )	Condado	
Tipo de Programa: ☐ Centro	☐ Grupo	☐ Familia

Entre tarifas para cada edad que aplique a su programa en la siguiente tabla.
Entre N/A si el servicio no es provisto.
Use sus tarifas efectivas en la fecha indicada.
EL DEPARTMENTO DEL BIENESTAR PUBLICIO VALIDA TARIFAS ATRAVEZ DE UN PROSCESO DE VERIFICACION PARA ASEGURAR SU VERACIDAD.

	0-12 MESES	13-24 MESES	25-36 MESES	37 MESES-DIA QUE EL NIÑO ENTRA EL 1ER GRADO	1ER GRADO HASTA EL CUMPLEAÑO NUMERO 13 **AÑO ESCOLAR**	1ER GRADO HASTA EL CUMPLEAÑO NUMERO 13 **VERANO**
Durante el mes de **Marzo 2007**, cuanto la mayoría de sus familias que pagan privado pagan a la semana por un niño a **TIEMPO COMPLETO** (cinco días a la semana, Lunes a Viernes)?	$_____ por semana	$_____ por semana	$_____ por semana	$_____ por semana	$_____ por semana	
Al 1ro de Julio 2007, ¿cuanto **pagaran** estas familias privadas por niño? **Entiendo que estas serán mis tarifas efectivas Julio 1, 2007.**	$_____ por semana	$_____ por semana	$_____ por semana	$_____ por semana	$_____ por semana	$_____ por semana

EL DEPARTMENTO DEL BIENESTAR PUBLICIO VALIDA TARIFAS ATRAVEZ DE UN PROSCESO DE VERIFICACION PARA ASEGURAR SU VERACIDAD.

Cual es el mínimo numero de horas que un niño puede asistir a su programa por día y ser considerado a tiempo completo _____ horas/día

Cual es el máximo numero de horas por día que un niño puede estar a su cuidado, ser considerado tiempo completo y no pagar horas extras?_____ horas/día

ANEJE SUS ATRIFAS DESCONATADAS Y/O POLITICA DE BECAS CON UNA COPIA DE SUS TARIFAS PUBLICADAS ACTUALES

OBSOLETE

Entre tarifas para cada edad que aplique a su programa en la siguiente tabla.
Entre N/A si el servicio no es provisto.

Use sus tarifas efectivas la fecha indicada.

EL DEPARTMENTO DEL BIENESTAR PUBLICIO VALIDA TARIFAS ATRAVEZ DE UN PROSCESO DE VERIFICACION PARA ASEGURAR SU VERACIDAD.

	0-12 MESES	13-24 MESES	25-36 MESES	37 MESES-FECHA NIÑO ENTRA 1ER GRADO	1ER GRADO HASTA EL CUMPLEÑOS NUMER 13 **AÑO ESCOLAR**	1ER GRADO HASTA EL CUMPLEÑOS NUMERO 13 **VERANO**
Durante el mes de **Marzo 2007**, ¿cuanto la mayoría de sus familias que pagan privado pagan a la semana por niño a **TIEMPO PARCIAL** (cinco días a la semana, Lunes a Viernes)?	$_____ por semana	$_____ _ por semana	$_____ por semana	$_____ _ por semana	$_____ por semana	
Al 1ro de Julio 2007, ¿cuanto **pagaran** estas familias privadas por niño? **Entiendo que estas serán mis tarifas efectivo Julio 1, 2007.**	$_____ por semana	$_____ _ por semana	$_____ _ por semana	$_____ _ por semana	$_____ por semana	$_____ _ por semana

EL DEPARTMENTO DEL BIENESTAR PUBLICIO VALIDA TARIFAS ATRAVEZ DE UN PROSCESO DE VERIFICACION PARA ASEGURAR SU VERACIDAD.

	0-12 MESES	13-24 MESES	25-36 MESES	37 MESES - FECHA NIÑO ENTRA 1ER GRADO	1ER GRADO HASTA EL CUMPLEÑOS NUMERO 13
¿Cual es el numero total de niños (subsidiados y pago privado) actualmente matriculados en su programa para cada grupo de edad?	_____	_____	_____	_____	_____

OBSOLETE

☐ **Si usted participa en el programa de cuido de niños subsidiado, ¿ofrece usted cuidado a tiempo completo por cierres de las escuelas durante el año escolar? Marque el encasillado si usted aceptara una tarifa combinada durante el año escolar.**

_____ _____

Firma del Proveedor Titulo Fecha

ENVIE POR CORREO, FAX O EN PERSONA SU ENCUESTA DE TARIFAS DE MERCADO COMPLETA Y ANEJ0 C-1 CON COPIA DE SU POLITICA DE DESCUENTOS Y/O BECAS Y COPIA DE SUS TARIFAS PUBLICADAS ANTES DE _____ A_____