“Este proyecto es posible gracias al financiamiento que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska recibió a través del Proyecto de Ley 1014 de Nebraska: asignación de fondos asignados al Estado de Nebraska del Fondo de Recuperación Fiscal del Estado por el Coronavirus según la Ley Federal del Plan de Rescate Estadounidense de 2021, 42 U.S.C. 802.”

**Oportunidad para Expandir la Capacidad de Cuidado de Niños**

**Formulario de Resumen de Propuestas (Debe completarse en su totalidad)**

|  |  |
| --- | --- |
| Información del solicitante: | * Individuo * Organización/Entidad |
| Nombre del Solicitante: |  |
| Área Geográfica: (ejemplo: Nombre de la Comunidad o Nombre del Condado) |  |
| ¿Cuántos proyectos de expansión de capacidad serían respaldados a través de estos fondos? \*Si solicita varios proyectos\* |  |
| Proyecto Propuesto: | * Renovación * Nueva Construcción * Otro |

**Por favor, indique cuál de las especificaciones de financiamiento cumple esta propuesta: (puede seleccionar más de una si hay más de un proyecto)**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Programa nuevo/aún sin licencia** * Hogar de Cuidado Infantil Familiar I * Hogar de Cuidado Infantil Familiar II * Centro de Cuidado Infantil * Creando (ingresar el número) \_\_\_ cupos para el cuidado de niños en la primera infancia | * **Expansión de la licencia actual** * Expandiéndose de (ingrese el número)\_\_\_ hasta \_\_\_ * Expansión de la licencia de un Hogar de Cuidado Infantil Familiar I a un hogar de Cuidado Infantil Familiar II * Expansión de la licencia de un Hogar de Cuidado Infantil Familiar I a un Centro de Cuidado Infantil * Expansión de la licencia de un Hogar de Cuidado Infantil Familiar II a un Centro de Cuidado Infantil |

|  |  |
| --- | --- |
| Información del Espónsor Fiscal para el Proyecto  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Información de Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Información de Contacto de la persona que la presenta:  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Información de Contacto de la persona que envía la aceptación **(dejar en blanco si es la misma)**:  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Fondos ARPA Totales Solicitados (deben ser gastados para el 30 de junio del 2024):**

**$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Costo general total de expansión del proyecto(s):**

**$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Este es el costo total general del desarrollo o expansión del proyecto**

|  |  |
| --- | --- |
| El proyecto aumentará la capacidad por: | Cantidad Máxima del Contrato |
| 2-12 niños | Hasta $50,000 |
| 13-24 niños | Hasta $135,000 |
| 25-50 niños | Hasta $200,000 |
| 51-75 niños | Hasta $250,000 |
| 75+ niños | Hasta $300,000 |