

## Aplicacion Para Membresia

Organizacion \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Titulo \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Pagina de Web \_\_\_\_\_

## Categoria de Afilacion

Proveedor para cuidado infantil en Grupo  
(In sitio hasta 3 personas) \$50.00

Centros Infantiles

Centro de Atencion Temprana

Guarderia

Programa de Preescolar

Programa de Edad Escolar

\$4.00 x (# de infantiles) = \$ \_\_\_\_

Todo los empleados en el programa \$4 por nino/  
capacidad de la licencia hasta maximo de \$500

Proveedor De Cuidado Infantil Familiar  
(Applicante y una persona de programa) \$40.00

Individual \$40.00

Empleado sin fines de lucro  Otro

## Beneficios a Miembros de 2018

### Membresia valida por un ano 1 de Enero hasta 31 de Diciembre

- Descuentos en entrenamientos de desarrollo profesional en nuestra agencia y tambien en su programa
- Su programa en nuestra pagina de web, y in enlace a su pagina de web
- Anuncio gratis en el banco de empleo de nuestra oficina
- Certificado de afiliacion para su pagina de web
- Copia del calendario de entrenamientos
- Notificacion temprana de programas especiales y oportunidades ofrecidas
- Servicio gratuito de notario publico
- Invitacion a asistir y participar de reuniones disenadas solo para miembros
- Se le proveera in calendario de actividades ofrecidas en el 2018
- Participara del programa de referido exclusive para miembros
- Invitaciones annules exclusico solo
- Fuera de los pedidos de Lakeshore

Correo el formulario completado con el pago a:  
The Child Care Council of Westchester  
313 Central Park Ave, Suite 4  
Scarsdale, NY 10583  
or fax to (914)855-1110

www.childcarewestchester.org



Para mas informacion llame: Juanita Pope  
914-761-3456 ext. 106 or JuanitaP@cccwny.org

## Personal Adicional Cubiertos Por La Membresia

(se es applicable)

Proveedor para cuidado infantil en Grupo

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Proveedor De Cuidado Infantil Familiar

1. \_\_\_\_\_

## Opciones de Pagar:

Cheque/Giro postal (pagado a Child Care Council)

MasterCard  Visa  Amex

Numero de Trajeta \_\_\_\_\_

Fecha de direccion \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CRV \_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codijo Posal \_\_\_\_\_

Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

