

## Aplicación para membresía

Organización \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Titulo \_\_\_\_\_  
Dirrección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo de electrónico \_\_\_\_\_  
Página de Web \_\_\_\_\_

### Categoría de Afilación

- Δ Proveedor para cuidado infantil en Grupo  
o Familiar  
(Un sitio hasta 3 personas)  
\$50.00
- Δ Centros infantiles  
o Centro de Atención Temprana  
o Nursery School  
o Programa de Pre-Kinder  
o Programa de Edad Escolar  
\$4.00 x (# de infantiles) = \$ \_\_\_\_\_  
- Todo los empleados en el programa  
\$4 por niño/ capacidad de la licencia hasta  
máximo de \$500 -
- Δ Proveedor De Cuidado Infantil Familiar  
(Applicante y una persona de programa)  
\$40.00
- Δ Individual  
\$40.00  
o Empleado sin fines de lucro  
o Otro (Padres, partidario, etc. )

## Beneficios a Miembros de 2017

### Membresía valida por un año:

Enero 1st hasta Diciembre 31st

- \* **Descuentos en entrenamientos de desarrollo professional en nuestra agencia y tambien en su program**
- \* **Su program en nuestra página de web, y un enlace a su página de web**
- \* **Anuncio gratis en el banco de empleo de nuestra oficina.**
- \* **Certificado de afiliación para su página de web**
- \* **Copia del calendario de entrenamientos**
- \* **Acceso gratuito al centro de recursos para niños en nuestras oficinas.**
- \* **Notificacion temprana de programas especiales y oportunidades ofrecidas**
- \* **Servicio gratuito de notario público**
- \* **Invitación a asistir y participar de re-unions disenadas solo para miembros.**
- \* **Se le proveera un calendario de actividades ofrecidas en el 2017.**
- \* **Participara del programa de referidos exclusivo para miembros.**
- \* **Invitaciones anuales exclusivo solo para los miembros**

Correo el formulario completado con el pago a:

The Child Care Council of Westchester

313 Central Park Avenue, Ste 4, Scarsdale, NY 10583

Or fax to (914)885-1110

## Opciones de Pagar:

Δ Cheque/Giro postal (pagado a "Child Care Council")

Δ Mastercard

Δ Visa

Δ American Express

Numero de Tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha de dirrección \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirrección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Códijo Posal \_\_\_\_\_

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

Signature \_\_\_\_\_

## Personal Adicional Cubiertos Por la membrecia (sí es aplicable)

Proveedor para cuidado infantil en Grupo  
1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Proveedor De Cuidado Infantil Familiar  
1. \_\_\_\_\_

Para mas información llamé:

Juanita Pope

914-761-3456 ext. 106

juanitap@cccwny.org

