

## Aplicación para membresía

Organización \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Página de Web \_\_\_\_\_

### Categoría de Afilación

△ Proveedor para cuidado infantil en Grupo  
o Familiar

(Un sitio hasta 3 personas)  
\$25.00

△ Centros infantiles

o Centro de Atención Temprana

o Guardería

o Programa de Preescolar

o Programa de Edad Escolar

\$2.00 x (# de infantiles) = \$ \_\_\_\_\_

- Todo los empleados en el programa

\$2 por niño/ capacidad de la licencia hasta  
máximo de \$500 -

△ Proveedor De Cuidado Infantil Familiar  
(Applicante y una persona de programa)

\$20.00

△ Individual

\$20.00

o Empleado sin fines de lucro

o Otro (Padres, partidario, etc.)

## Beneficios a Miembros de 2017

**Membresía valida por un año:**

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 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 reuniones diseñadas 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**

*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:

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

△ Mastercard

△ Visa

△ American Express

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

Fecha de dirección \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código de seguridad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

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

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

## Personal Adicional Cubiertos Por la membresia (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

