



Illinois State Board of Education

100 North First Street
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 1

Solicitud Uniforme para la Ayuda de Subvenciones Estatales

Sección Completada por la Agencia		
1.	Tipo de presentación	<input type="checkbox"/> Pre solicitud <input checked="" type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Solicitud modificada/corregida
2.	Tipo de solicitud	<input checked="" type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Continuación (es decir: subvención multianual) <input type="checkbox"/> Revisión (modificación a la solicitud inicial)
3.	Fecha/hora de recepción por el Estado <i>Completado por la Agencia Estatal al recibir la solicitud</i>	
4.	Nombre de la Agencia Estatal Concedente	Illinois State Board of Education
5.	Número del Catálogo de ayudas financieras estatales (CSFA - Catalog of State Financial Assistance)	586-44-2222
6.	Título del CSFA	Early Childhood Block Grant - Early Childhood - Expansión Preescolar Para Todos
Catálogo de Ayuda Federal Doméstica (CFDA) <input checked="" type="checkbox"/> No aplicable (Sin fondos federales)		
7.	Número CFDA	
8.	Título CFDA	
9.	Número CFDA	
10.	Título CFDA	
Información sobre la oportunidad de financiación		
11.	Número de oportunidad de financiación	23-3705-PE
12.	Título de la oportunidad de financiación	Early Childhood Block Grant
13.	Campo del programa de la oportunidad de financiación	
Identificación de competición <input checked="" type="checkbox"/> No Aplicable		
14.	Número de identificación de la competición	
15.	Título de identificación de la competición	

Solicitud Uniforme para la Ayuda de Subvenciones Estatales
Illinois State Board of Education
Sección Completada por el Solicitante

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito, si corresponde)		REGIÓN CÓDIGO DE TIPO DE DISTRITO DEL CONDADO
16.	Nombre legal (Nombre utilizado para el registro UEI y precalificación del concesionario)	
17.	Nombre común (DBA)	
18.	Identificación del empleador/ contribuyente Número (EIN, TIN)	
19.	Número UEI de la organización	
20.	Código SAM CAGE	
21.	Dirección de la empresa (Calle, Ciudad, Estado, Condado, Código Postal + 4)	
Unidad organizativa del solicitante		
22.	Nombre del departamento	
23.	Nombre de la división	
Nombre del solicitante e información de contacto de la persona a contactar para asuntos del programa relacionados con esta solicitud		
24.	Nombre /Apellido	
25.	Sufijo	
26.	Título	
27.	Afiliación organizacional	
28.	Número de teléfono (Incluir código de área)	
29.	Número de fax (Incluir código de área)	
30.	Correo electrónico	
Nombre del solicitante e información de contacto de la persona a contactar para asuntos de negocios / oficina administrativa que involucran esta Aplicación		
31.	Nombre /Apellido	
32.	Sufijo	
33.	Título	
34.	Afiliación organizacional	
35.	Número de teléfono (Incluir código de área)	
36.	Número de fax (Incluir código de área)	
37.	Correo electrónico	

Solicitud Uniforme para la Ayuda de Subvenciones Estatales
Illinois State Board of Education
Sección Completada por el Solicitante

Áreas Afectadas

40.	Áreas afectadas por el proyecto (ciudades, condados, en todo el estado) <i>Agregar adjuntos (por ejemplo, mapas), si es necesario</i>	
41.	Distritos legislativos y congresionales del solicitante	
42.	Distritos legislativos y congresionales de programa / proyecto <i>Adjunte una lista adicional, si es necesario</i>	

Proyecto del solicitante

43.	Descripción Título del proyecto del solicitante <i>Texto solo para el título del proyecto del solicitante.</i>	
44.	Plazo del proyecto propuesto	Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____
45.	Financiación estimada <i>(Incluya todo lo que corresponda)</i>	<input type="checkbox"/> Cantidad solicitado al Estado: \$ _____ <input type="checkbox"/> Contribución del solicitante (por ejemplo, en especie, igualación): \$ _____ <input type="checkbox"/> Contribución local: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otra fuente de contribución: \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos del programa: \$ _____ <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Cantidad total: \$ _____</div>

Certificación del solicitante:

Al firmar esta solicitud, certifico (1) las declaraciones contenidas en la lista de certificaciones* y (2) que las declaraciones en este documento son verdaderas, completas y precisas de la mejor manera posible a mi conocimiento. Acepto cumplir con los términos resultantes si acepto un premio. Soy consciente de que cualquier declaración o reclamación falsa, ficticia o fraudulenta puede someterme a sanciones penales, civiles o administrativas. (Código de los Estados Unidos, Título 18, Sección 1001)

Estoy de acuerdo

Representante Autorizado

46.	Nombre/Apellido	
47.	Sufijo	
48.	Título	
49.	Número de teléfono <i>(Incluir código de área)</i>	
50.	Número de fax <i>(Incluir código de área)</i>	
51.	Correo electrónico	
53.	Firma del representante autorizado	
54.	Fecha de firma	



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 2

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

VISIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

INSTRUCCIONES: Complete la siguiente información de la Propuesta para el agente administrativo designado. Incluya sólo la información específica para esta solicitud.

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE EXPANSIÓN PREESCOLAR PROPUESTA PARA TODOS

_____	Número de niños solicitados para ser servidos en esta solicitud de Expansión Preescolar para Todos (incluya niños con IEP)	_____	Número de maestros con certificación PEL y Endoso de la Primera Infancia
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está solicitando Preescolar para Todos (aplicación separada)?	_____	Número de para profesionales
_____	Si es así, ¿cuántas plazas solicita?	_____	Número de líderes de instrucción
_____	Número de niños servidos en Head Start local (Datos IECAM)	_____	Número de educadores de familia
_____	Cantidad en dólares solicitada en esta solicitud	_____	Número de personal de oficina
_____	Costo por niño solicitado en esta solicitud (Cantidad en dólares de la propuesta dividida por el número de niños servidos).	_____	Otro _____
		_____	Otro: _____
		_____	Número total de empleados

Los niños de esta solicitud estarán en una:

- Sesión de medio día
 Sesión de día completo

¿En qué entorno se servirá a los niños de esta solicitud?:

- Salón de clase
 Cuidado de niños en el hogar

¿Qué otros fondos reciben para ayudar a los niños de esta solicitud?:

- Prog. de Asistencia para el Cuidado de Niños (CCAP) Otro _____
 Head Start (HS)

TIPO DE AGENCIA (SÓLO MARQUE UNO)

- | | | |
|---|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Distrito escolar | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños - Sin fines de lucro | Nº de licencia DCFS. _____ |
| <input type="checkbox"/> Oficina Regional de Educación | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños - Con fines de lucro | Nº de licencia DCFS. _____ |
| <input type="checkbox"/> Educación Superior | <input type="checkbox"/> Organización basada en la fe | |
| <input type="checkbox"/> Organización de base comunitaria | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

¿Esta solicitud ha sido redactada por un redactor de subvenciones externo (no empleado por el solicitante)? Si No

(Marque una) Personal agencia Contratista independiente

Redactor de subvenciones

Superintendente/Oficial autorizado de la Agencia

Nombre a máquina del subvencionado

Nombre a máquina del Superintendente o Oficial Autorizado de la Agencia

Firma del redactor de la subvención

Firma del Superintendente o Oficial Autorizado de la Agencia

Fecha

Fecha



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

**FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS**

SOLICITUD CONJUNTA

Todos solicitantes de financiación conjunta deberán completar el formulario de solicitud conjunta.

Número de distritos en Solicitud Conjunta _____

INSTRUCCIONES: Si la solicitud es conjunta, a continuación, incluya la información solicitada para los distritos/entidades escolares participantes.

DISTRITO ESCOLAR/ENTIDAD		NOMBRE Y FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

**FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS**

SOLICITUD CONJUNTA

INSTRUCCIONES: Si la solicitud es conjunta, a continuación, incluya la información solicitada para los distritos/entidades escolares participantes.

DISTRITO ESCOLAR/ENTIDAD		NOMBRE Y FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado
REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO		NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO
NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO O NOMBRE DE LA AGENCIA/ENTIDAD		
CIUDAD	CONDADO	_____
		Firma original del oficial autorizado



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

FY 2024 EXPANSIÓN PREESCOLAR PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 1 de la sección "Narrativa del programa" de la solicitud de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 2 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 2 de la sección "Narrativa del programa" de la solicitud de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 3 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 3 de la sección "Narrativa del programa" de la solicitud de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 4 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 4 de la sección "Narrativa del programa" de la solicitud de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 5 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 5 de la sección "Narrativa del programa" de la solicitud de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 6 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 6 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 7 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 7 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 8 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 8 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 9 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 9 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 10 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 10 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 11 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 11 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 12 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 12 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 13 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 13 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 14 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 14 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 15 de 16

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 15 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 4

Página 16 de 16

**FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS**

NARRATIVA DEL PROGRAMA, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 16 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

INFORMACIÓN DEL SITIO

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito, si aplica)		REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO	
<p>A continuación, incluya la información solicitada para todos los sitios propuestos. TODOS los solicitantes deben completar esta sección para todos los sitios propuestos. Para completar esta página, consulte la lista de prioridades de ECBG para el año fiscal 24 que aparece en la solicitud de propuestas.</p>			
INFORMACIÓN DEL SITIO PROPUESTO		INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN DEL SITIO	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ Personal FTE en este sitio _____	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ Personal FTE en este sitio _____	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ Personal FTE en este sitio _____	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ FTE Staff at this Site _____	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ Personal FTE en este sitio _____	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ Personal FTE en este sitio _____	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ Personal FTE en este sitio _____	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ Personal FTE en este sitio _____	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ Personal FTE en este sitio _____	
DISTRITO EN EL QUE SE ENCUENTRA ESTE SITIO		¿Se encuentra el propuesto sitio en un desierto para la primera infancia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SITIO		Días de asistencia por año _____ Días de asistencia de la semana <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	
CIUDAD	CONDADO	Horas de programa al día _____ Personal FTE en este sitio _____	



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

FY 2024 EXPANSIÓN PREESCOLAR PARA TODOS

DISEÑO DE EVALUACIÓN

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 17 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.



Illinois State Board of Education

Early Childhood Department
100 North First Street, E-225
Springfield, Illinois 62777-0001

ADJUNTO 6

Página 2 de 2

FY 2024
EXPANSIÓN PREESCOLAR
PARA TODOS

DISEÑO DE EVALUACIÓN

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito)

REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO

Instrucciones: Responda a la pregunta 18 de la sección "Narrativa del programa" de la RFP.

Presupuesto inicial Enmienda^o. _____
 Presupuesto inicial revisado Solicitud multidistral

ILLINOIS STATE BOARD OF EDUCATION
 Early Childhood Department
 100 North First Street, E-225
 Springfield, Illinois 62777-0001

**FY 2024 PREESCOLAR PARA TODOS PRESUMEN DEL
 PRESUPUESTO ESTATAL Y CALENDARIO DE PAGO**

Utilice sólo dólares enteros. Omita los signos de dólar, las comas y los decimales,
 por ejemplo, 2536

ISBE USE ONLY	Please check: <input type="checkbox"/> COMPLETED Notice of State Award (NOSA) <input type="checkbox"/> COMPLETED Uniform Grant Agreement (UGA)	
	PROGRAM APPROVAL DATE AND INITIALS	
	TOTAL FUNDS	
	CARRYOVER FUNDS	CURRENT FUNDS
	BEGIN DATE	END DATE

AÑO FISCAL 24	CÓDIGO DE FUENTE DE FONDOS 3705-PE	REGIÓN, CONDADO, DISTRITO, TIPO DE CÓDIGO	FECHA DE ENTREGA (mm/dd/yyyy)
NOMBRE Y NÚMERO DE DISTRITO			
PERSONA DE CONTACTO		NÚMERO DE TELÉFONO (Incluya el código de área)	
CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DE FAX (Incluya el código de área)	

LÍNEA	FUNCIÓN NÚMERO (1)	CUENTA DE GASTOS (2)	SALARIOS (3) (Obj. 100s)	BENEFICIOS DE EMPLEADOS (4) (Obj. 200s)	COMPRA DE SERVICIOS (5) (Obj. 300s)	SUMINISTROS Y MATERIAL (6) (Obj. 400s)	DESEMBOLSO DE CAPITAL (7) (Obj. 500s)	OTROS OBJETOS (8) (Obj. 600s)	EQUIPO NO CAPITALIZADO (9) (Obj. 700s)	TOTAL (11)	CALENDARIO DE PAGOS
1	1000	Instrucción									
2	2110	Servicios de Asistencia y Trabajo Social									julio-agosto
3	2120	Guía de Servicios									
4	2130	Servicios de Salud									septiembre
5	2140	Servicios Psicológicos									
6	2150	Servicios de logopedia y audiología									octubre
7	2210	Mejora de servicios de instrucción									
8	2220	Servicios de medios educativos									noviembre
9	2230	Evaluación y pruebas									
10	2300	Administración General									diciembre
11	2400	Administración Escolar									
12	2510	Dirección de Servicios de Apoyo a las Empresas									enero
13	2520	Servicios Fiscales									
14	2530	Adquisición y Construcción de Instalaciones									febrero
15	2540	Servicios de Operación y Mantenimiento de Plantas									
16	2550	Servicios de Transporte de Alumnos									marzo
17	2560	Servicios de Alimentación									
18	2570	Servicios Internos									abril
19	2610	Dirección de Servicios Centrales de Apoyo									
20	2620	Servicios de Planificación, Investigación, Desarrollo y Evaluación									mayo
21	2630	Servicios de Información									
22	2640	Servicios de Personal									junio
23	2660	Servicios de Proceso de Datos									
24	2900	Otros Servicios de Apoyo									julio-agosto
25	3000	Servicios a la Comunidad									
26	3700	Servicios a alumnos de escuelas no públicas									TOTAL
27	4000	Pagos a otros distritos o unidades gubernamentales									\$ _____
28	5000	Servicios de deuda									
29	GASTOS DIRECTOS TOTALES										
30	GASTOS INDIRECTOS (Costo directo X _____%*) **										
31	PRESUPUESTO TOTAL										

* Calcule manualmente el porcentaje de gastos directos en la línea 30 **
 ** Póngase en contacto con el Departamento de GATA para conocer las restricciones de costes indirectos

 Fecha Firma original del Superintendente o Administrador

 Fecha Firma original del administrador del departamento de ISBE

**FY 2024 PRESCHOOL FOR ALL EXPANSION
DESGLOSE DEL RESUMEN PRESUPUESTARIO**

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito, si aplica)
REGION, CONDADO, DISTRICT, TYPE CODE

Instrucciones: Antes de preparar esta solicitud de desglose del resumen presupuestario, consulte el manual "State and Federal Grant Administration Policy, Fiscal Requirements and Procedures" (Política de administración de subvenciones estatales y federales, requisitos fiscales y procedimientos) al que puede acceder en https://www.isbe.net/Documents/fiscal_procedure_handbk.pdf. Las obligaciones de fondos basadas en esta solicitud de presupuesto no pueden comenzar antes del 1 de julio, o de la recepción de una solicitud de presupuesto sustancialmente aprobable, si esta última fecha es posterior.

FUNCIÓN NUMERO (1)	DESCRIPCIÓN Y DETALLE DE GASTOS (2)	SALARIOS (3)	BENEFICIOS EMPLEADOS (4)	COMPRA DE SERVICIOS (5)	SUMINISTROS Y MATERIAL (6)	DESEMBOLSO DE CAPITAL (7)	OTRO OBJETO (8)	EQUIPO NO CAPITALIZADO (9)	TOTAL (11)
		(Obj. 100s)	(Obj. 200s)	(Obj. 300s)	(Obj. 400s)	(Obj. 500s)	(Obj. 600s)	(Obj. 700s)	
TOTAL									

FY 2024 PRESCHOOL FOR ALL EXPANSION
 DESGLOSE DEL RESUMEN PRESUPUESTARIO

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito, si aplica)
REGION, CONDADO, DISTRICT, TYPE CODE

Instrucciones: Antes de preparar esta solicitud de desglose del resumen presupuestario, consulte el manual "State and Federal Grant Administration Policy, Fiscal Requirements and Procedures" (Política de administración de subvenciones estatales y federales, requisitos fiscales y procedimientos) al que puede acceder en https://www.isbe.net/Documents/fiscal_procedure_handbk.pdf. Las obligaciones de fondos basadas en esta solicitud de presupuesto no pueden comenzar antes del 1 de julio, o de la recepción de una solicitud de presupuesto sustancialmente aprobable, si esta última fecha es posterior.

FUNCIÓN NUMERO (1)	DESCRIPCIÓN Y DETALLE DE GASTOS (2)	SALARIOS (3)	BENEFICIOS EMPLEADOS (4)	COMPRA DE SERVICIOS (5)	SUMINISTROS Y MATERIAL (6)	DESEMBOLSO DE CAPITAL (7)	OTRO OBJETO (8)	EQUIPO NO CAPITALIZADO (9)	TOTAL (11)
		(Obj. 100s)	(Obj. 200s)	(Obj. 300s)	(Obj. 400s)	(Obj. 500s)	(Obj. 600s)	(Obj. 700s)	
TOTAL									

FY 2024 PRESCHOOL FOR ALL EXPANSION
 DESGLOSE DEL RESUMEN PRESUPUESTARIO

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito, si aplica)
REGION, CONDADO, DISTRICT, TYPE CODE

Instrucciones: Antes de preparar esta solicitud de desglose del resumen presupuestario, consulte el manual "State and Federal Grant Administration Policy, Fiscal Requirements and Procedures" (Política de administración de subvenciones estatales y federales, requisitos fiscales y procedimientos) al que puede acceder en https://www.isbe.net/Documents/fiscal_procedure_handbk.pdf. Las obligaciones de fondos basadas en esta solicitud de presupuesto no pueden comenzar antes del 1 de julio, o de la recepción de una solicitud de presupuesto sustancialmente aprobable, si esta última fecha es posterior.

FUNCIÓN NUMERO (1)	DESCRIPCIÓN Y DETALLE DE GASTOS (2)	SALARIOS (3)	BENEFICIOS EMPLEADOS (4)	COMPRA DE SERVICIOS (5)	SUMINISTROS Y MATERIAL (6)	DESEMBOLSO DE CAPITAL (7)	OTRO OBJETO (8)	EQUIPO NO CAPITALIZADO (9)	TOTAL (11)
		(Obj. 100s)	(Obj. 200s)	(Obj. 300s)	(Obj. 400s)	(Obj. 500s)	(Obj. 600s)	(Obj. 700s)	
TOTAL									

FY 2024 PRESCHOOL FOR ALL EXPANSION
 DESGLOSE DEL RESUMEN PRESUPUESTARIO

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito, si aplica)
REGION, CONDADO, DISTRICT, TYPE CODE

Instrucciones: Antes de preparar esta solicitud de desglose del resumen presupuestario, consulte el manual "State and Federal Grant Administration Policy, Fiscal Requirements and Procedures" (Política de administración de subvenciones estatales y federales, requisitos fiscales y procedimientos) al que puede acceder en https://www.isbe.net/Documents/fiscal_procedure_handbk.pdf. Las obligaciones de fondos basadas en esta solicitud de presupuesto no pueden comenzar antes del 1 de julio, o de la recepción de una solicitud de presupuesto sustancialmente aprobable, si esta última fecha es posterior.

FUNCIÓN NUMERO (1)	DESCRIPCIÓN Y DETALLE DE GASTOS (2)	SALARIOS (3)	BENEFICIOS EMPLEADOS (4)	COMPRA DE SERVICIOS (5)	SUMINISTROS Y MATERIAL (6)	DESEMBOLSO DE CAPITAL (7)	OTRO OBJETO (8)	EQUIPO NO CAPITALIZADO (9)	TOTAL (11)
		(Obj. 100s)	(Obj. 200s)	(Obj. 300s)	(Obj. 400s)	(Obj. 500s)	(Obj. 600s)	(Obj. 700s)	
TOTAL									

FY 2024 PRESCHOOL FOR ALL EXPANSION
 DESGLOSE DEL RESUMEN PRESUPUESTARIO

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Nombre y número del distrito, si aplica)
REGION, CONDADO, DISTRICT, TYPE CODE

Instrucciones: Antes de preparar esta solicitud de desglose del resumen presupuestario, consulte el manual "State and Federal Grant Administration Policy, Fiscal Requirements and Procedures" (Política de administración de subvenciones estatales y federales, requisitos fiscales y procedimientos) al que puede acceder en https://www.isbe.net/Documents/fiscal_procedure_handbk.pdf. Las obligaciones de fondos basadas en esta solicitud de presupuesto no pueden comenzar antes del 1 de julio, o de la recepción de una solicitud de presupuesto sustancialmente aprobable, si esta última fecha es posterior.

FUNCIÓN NUMERO (1)	DESCRIPCIÓN Y DETALLE DE GASTOS (2)	SALARIOS (3)	BENEFICIOS EMPLEADOS (4)	COMPRA DE SERVICIOS (5)	SUMINISTROS Y MATERIAL (6)	DESEMBOLSO DE CAPITAL (7)	OTRO OBJETO (8)	EQUIPO NO CAPITALIZADO (9)	TOTAL (11)
		(Obj. 100s)	(Obj. 200s)	(Obj. 300s)	(Obj. 400s)	(Obj. 500s)	(Obj. 600s)	(Obj. 700s)	
TOTAL									