



# 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)	586-18-0520
6.	Título del CSFA	Early Childhood Block Grant
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	23-3705-01
12.	Título de la oportunidad de financiación	Early Childhood Block Grant - Prevention Initiative for Birth to Age 3 Years
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	

<b>Solicitud Uniforme para la Ayuda de Subvenciones Estatales</b> <b>Illinois State Board of Education</b> <b>Sección Completada por el Solicitante</b>		
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)	
<b>Unidad organizativa del solicitante</b>		
22.	Nombre del departamento	
23.	Nombre de la división	
<b>Nombre del solicitante e información de contacto de la persona a contactar para asuntos del programa relacionados con esta solicitud</b>		
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	
<b>Nombre del solicitante e información de contacto de la persona a contactar para asuntos de negocios / oficina administrativa que involucran esta Aplicación</b>		
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

INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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.

### INCIATIVA DE PREVENCIÓN PROPUESTA INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DESDE EL NACIMIENTO HASTA TRES AÑOS

Complete todo lo que corresponda. No duplique niños entre los Programas PI.

	Mujeres embarazadas para ser servidas*	Niños para ser servidos*	Cantidad en dólares de la solicitud	Costo por niño en esta Solicitud (Cantidad en dólares de la propuesta dividida por el número de niños servidos).
<input type="checkbox"/> Programa de visitas a domicilio PI	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Programa PI basado en centros de cuidado de niños	_____	_____	_____	_____

\* Las mujeres embarazadas y los niños no deben ser objeto de recuentos duplicados.

¿Serán los niños en los servicios basados en centros en esta aplicación en una?:

- ☐ Sesión de medio día
- ☐ Sesión de día completo

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

- ☐ Salón de clases
- ☐ Hogares familiares de cuidado de niños
- ☐ Visitas a domicilio (basadas en la evidencia)

¿Qué otros fondos reciben para apoyar a los niños en esta solicitud?:

- ☐ Child Care Assistance Program (CCAP)
- ☐ Head Start Temprana (EHS)
- ☐ Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS)
- ☐ Visita a domicilio de la madre, el niño y la primera infancia (MIECHV)
- ☐ Otro \_\_\_\_\_

TIPO DE AGENCIA (SÓLO MARQUE UNO)

- ☐ Distrito escolar
- ☐ Oficina Regional de Educación
- ☐ Educación Superior
- ☐ Organización de base comunitaria
- ☐ Cuidado de niños - Sin fines de lucro N.º de licencia DCFS. \_\_\_\_\_
- ☐ Cuidado de niños - Con fines de lucro N.º de licencia DCFS. \_\_\_\_\_
- ☐ Organización basada en la fe
- ☐ Other \_\_\_\_\_

**MODELO DE PROGRAMA DE VISITAS A DOMICILIO PARA LA EDUCACIÓN DE LOS PADRES**

- |                                           |                                                   |                                                   |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Baby TALK        | <input type="checkbox"/> Parents as Teachers      | <input type="checkbox"/> Nurse Family Partnership |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start | <input type="checkbox"/> Healthy Families America | <input type="checkbox"/> Otro: _____              |

**SERVICIOS SUPLEMENTARIOS A DOMICILIO O EN CENTROS DE CUIDADO DE NIÑOS**

- |                                              |                                                         |                                      |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doula Services      | <input type="checkbox"/> Touchpoints™                   | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fussy Baby Network® | <input type="checkbox"/> Abriendo Puertas/Opening Doors |                                      |

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

☐ Sí ☐ 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

ADJUNTO 3

Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_

FY 2024  
INICIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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

ADJUNTO 3

Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_

FY 2024  
INICIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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

ADJUNTO 4

Página 1 de 16

FY 2024  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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

**FY 2024**  
**INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE**  
**NACIMIENTO A TRES AÑOS**

**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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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

**FY 2024**  
**INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE**  
**NACIMIENTO A TRES AÑOS**

**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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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

**FY 2024**  
**INICIATIVA DE PREVENCIÓN DE**  
**NACIMIENTO A TRES AÑOS**

**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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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

**FY 2024**  
**INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE**  
**NACIMIENTO A TRES AÑOS**

**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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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

**FY 2024**  
**INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE**  
**NACIMIENTO A TRES AÑOS**

**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

**FY 2024**  
**INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE**  
**NACIMIENTO A TRES AÑOS**

**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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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

ADJUNTO 6

Página 1 de 2

FY 2024  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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  
INCIATIVA DE PREVENCIÓN DE  
NACIMIENTO A TRES AÑOS

## 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

☐ Enmiendaº.

☐ Presupuesto inicial revisado

☐ Solicitud multidistal

AÑO FISCAL 24	CÓDIGO DE FUENTE DE FONDOS 3705-01	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)	

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

FY 2024 INICIATIVA DE PREVENCIÓN DE 0-3 AÑOS RESUMEN DEL PRESUPUESTO ESTATAL Y CALENDARIO DE PAGOS

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

ISBE USE ONLY

Please check:  
☐ COMPLETED Notice of State Award (NOSA)  
☐ COMPLETED Uniform Grant Agreement (UGA)

PROGRAM APPROVAL DATE AND INITIALS

TOTAL FUNDS

CARRYOVER FUNDS

CURRENT FUNDS

BEGIN DATE

END DATE

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

ISBE 00-00 State FY24 Prevention Initiative Birth to Three - Spanish (5/23)

ADJUNTO 7

## Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_

**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](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									

## Página\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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									

## Página\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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									

## Página\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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									

## Página\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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									