



Plan de Mejoramiento de Calidad (QIP)

Nombre de Programa: _____

Fecha: _____

Marque la caja que indica el estado actual de su programa en el Quality Continuum de Rhode Island:

- Licencia del DHS
 ★
 ★★
 ★★★
 ★★★★
 ★★★★★
 Aprobación de RI Pre-K

¿Tiene la intención de utilizar este plan para fortalecer su estado actual o pasar a un nivel superior?

Fortalecer el estado actual

Pasar a un nivel superior

Si tiene la intención de pasar a un nivel superior, ¿dónde espera estar una vez que haya alcanzado sus objetivos?

- ★
 ★★
 ★★★
 ★★★★
 ★★★★★
 Aprobación de RI Pre-K

¿Cuál conjunto de estándares o reglamentos fueron usados para identificar su meta? *(Seleccione todas las que apliquen)*

- Regulaciones de DHS BrightStars RIDE: Aprobación de RI Pre-K Head Start NAEYC Estándares de acreditación NECPA Estándares de acreditación
 Acreditación COA- Edad Escolar Otros: _____

¿Qué otra información del programa se utilizó para desarrollar este Plan de Mejoramiento de Calidad (QIP)?

Reflexión del programa: Utilizando los resultados de la **autoevaluación de su programa**, identifique áreas de fortaleza y oportunidad. Puede examinar fuentes de datos como informes de seguimiento del DHS, el marco BrightStars y los informes de evaluación, el proceso de aprobación de RI Pre-K, resultados de encuestas familiares, informes de evaluación de programas (ECERS/ITERS/FCCERS o CLASS) y desarrollo profesional individual del personal.

Describa qué estándares desarrollará.

Estándar	Fortalezas	Áreas de mejora

Firma: _____

Objetivo(s) de mejora de la calidad: escriba su(s) objetivo(s) de mejora de la calidad utilizando lenguaje SMART (específico, medible, alcanzable, realista, con plazos determinados). Complete el Plan de acción para cada objetivo de mejora de la calidad que haya establecido.

Objetivo de mejora de la calidad #1 (requerido por BrightStars):			
Pasos de Acción	Periodo de tiempo	Recursos	Fecha de finalización

Notas de progreso:

Objetivo de mejora de la calidad #2:

Pasos de Acción	Periodo de tiempo	Recursos	Fecha de finalización

Notas de progreso:

Objetivo de mejora de la calidad #3:

Pasos de Acción	Periodo de tiempo	Recursos	Fecha de finalización

Notas de progreso: