



Child Care Facility Revolving Loan Fund

Financial Assistance Application

Provider Legal Name (aka the Borrower)*

Provider DBA (if applicable)

Provider Website

Provider Phone*

Provider Mailing Street*

Provider Mailing City*

Provider Mailing State*

Provider Mailing Zip/Postal Code*

Provider Physical Address (if different than Mailing)

Provider Physical Street

Provider Physical City

Provider Physical State

Provider Physical Zip/Postal Code

Contact Information

Primary Contact Information

Primary Contact First Name*

Primary Contact Last Name*

Title/Affiliation*

 

Primary Contact Email*

Primary Contact Phone*

Is the highest ranking official someone other than the Primary Contact?*

 

Is the owner of the childcare facility someone other than the Primary Contact?*

 

Highest Ranking Official Contact

Official First Name*

Official Last Name*

Official Email*

Official Phone*

Official Title/Affiliation*

 

Facility Owner Contact

Facility Owner First Name*

Facility Owner Last Name*

Facility Owner Email*

Facility Owner Phone*

1. To continue, please check the box. Or you may select "Save for Later" below.

☐

Program Information

Is the applicant established and currently licensed by ECECD?*

 

Established Provider Information

Federal Tax ID number*

State Tax ID number (CRS #)*

Provider EPIC ID*

Date Business Established*

Date Licensed by ECECD (A copy of most recent license and licensing survey is required at the end of the application) *

Business description*

Please select your provider type *

Are you a Head Start Grant Recipient?*

Please indicate FOCUS star level for the last five years as applicable.

2021 FOCUS star level*

2022 FOCUS Star Level*

2023 FOCUS Star Level*

2024 FOCUS Star Level*

2025 FOCUS Star Level*

Are you currently in good standing with ECECD with regards to your licensing requirements?*

Are you currently on provisional license*

Please explain*

Have you ever been on a conditions of operation?*

--select an item-- ▼

Enter effective date of Condition of Operation*

Please explain the brief summary of the issue(s) identified and conditions set by licensing. *

2. To continue, please check the box. Or you may select "Save for Later" below.

☐

Business Information

Please provide a list of your Board members and their biographies, if applicable.

Please describe your hiring plans.*

Are you in compliance with zoning requirements?*

--select an item-- ▼

Have you ever been involved in any litigation or other legal proceedings?*

--select an item-- ▼

Please explain any past or ongoing litigation*

Have you ever operated another child care facility?*

--select an item-- ▼

Please explain and list the location*

Do you currently operate more than one child care facility?*

--select an item-- ▼

How many?*

Please list the locations*

Program History

Please provide the following information based on children you currently serve. To add more age groups click "Add a child group" and edit the new entry. To delete an entry click "Remove a child group".

Age Group*

Number of children in selected age group currently enrolled in program*

Number of children in selected age group in the program who are receiving Child Care Assistance *

[Add a child group](#)

Project Information

Description of Project

Loan amount request for your project*

\$

Please provide a detailed description of your proposed project*

What is the estimated total cost of the project for which you are planning to use this loan?*

\$

Please explain the expected operational lifespan of the project and its component*

Please select all sources of funds you intend to use for your project*

CCRLF loan requested

Cash on hand

Philanthropic donations

Public grant funding

Other loan

Other

Cash on hand amount*

\$

Public grant funding amount*

\$

Other loan amount*

\$

Other sources of capital amount*

\$

Other source of capital description*

Indicate which have been secured

Cash on hand

Philanthropic donations

Public grant funding

Other loan

Other

Project Location (Street)*

Project Location (City)*

Project Location (State)*

--select an item--



Project Location (ZIP/Postal Code)*

Do you own or rent the facility?*

--select an item-- ▼

Describe any known environmental hazards, such as lead paint, asbestos or other contaminants that will be addressed by the proposed project*

Do you have an Environmental Site Assessment (ESA) Phase 1 available?*

--select an item-- ▼

Environmental Site Assessment Completed Date*

Do you have a Building Survey available?*

--select an item-- ▼

Building Survey Completed Date*

Will this project require zoning changes?*

--select an item-- ▼

Please describe the zoning changes that are needed*

Provide a timeline for what you will accomplish during the proposed loan

Please list and describe each major project task and its estimated completion date. To add a major task click "Add a task" and edit the new entry. To delete a major task click "Remove a task".

Major Task*

Task Description*

Target Completion Date*

[Add a task](#)

Project Impact

How will this project help you meet a defined need for child care in the community?*

Please include information about the intended impact of the project in the community that you serve, including whether this project will serve a low-income community.

How will this project benefit the health and safety of your clients, the quality of your program, and your program's operation?*

Capacity:

Please describe how this project will benefit your Childcare program's capacity upon completion*

Will this project allow you to expand the total number of children your program can serve?*

--select an item-- ▼

How many new children will your program be able to serve? *

Will this project allow you to expand the total number of infants and toddlers that you serve?*

--select an item-- ▼

How many new infants (six weeks to 12 months) will your program be able to serve? *

How many new toddlers (12 months to 36 months) will your program be able to serve?*

Do you currently have a waitlist?*

--select an item-- ▼

Infants (6 weeks to 12 months) Waitlist Amount*

Toddlers (12 months to 36 months) Waitlist Amount*

Pre-school (3 years to 5 years old) Waitlist Amount*

School-age (5 years and older) Waitlist Amount*

Hours of Care:

Describe your current hours of operation.*

When the project is complete, will your program offer extended hours and days of operation?*

--select an item-- ▼

Describe your extended hours and days of operation*

When your project is complete, will your program offer care during non-traditional hours? (This includes care provided between the hours of 7:00PM to 7:00AM or care provided during the weekend)*

--select an item-- ▼

Describe the non-traditional hours of care your program will be able to offer*

Services to state-subsidized and low-income clients:

Do you currently serve state-subsidized and low-income families?*

--select an item-- ▼

Please include the total number of state-subsidized clients and low-income families (at or below 200 percent of the Federal Poverty Level) currently served. Please note, families who are below 200 percent of the Federal Poverty Level would include families who have a priority level of Priority 1, Priority 1B, Priority 2, Priority 3, and Priority 4 in their Child Care Assistance Placement Agreements. *

How will the proposed project enhance services to state-subsidized and low-income families?*

Projected Enrollment

Please complete the below schedule of projected total enrollment by age group for the next four years and please indicate the percentage of children you expect to enroll on child-care assistance.

To add an age group and the projected enrollment click "Add projected enrollment". To delete an age group click "Remove projected enrollment".

Age Group*

Projected Enrollment Year*

Projected Enrollment Number*

Percentage of children on childcare assistance in selected age group/year assistance*

[Add projected enrollment](#)

Contract for Services

Please check this box if you would like to apply for a "contract for services" to partially repay this loan.

☐

To be eligible for a Contract for Services agreement, providers must meet all of the following:

- Must be located in a designated child care desert in New Mexico; and
- Must provide care during non-traditional hours; and
- Must demonstrate at least 50% of children served receive child care assistance; and
- Must demonstrate the number of children served increased by at least 10% completion of the project.
- Providers must meet all of the above for 36 months within the first 48 months following the completion of the project.

Financial Information

Has the provider ever failed to make any payments under any indebtedness?*

--select an item-- ▼

Has the business ever filed for bankruptcy?*

--select an item-- ▼

Do you have any outstanding debt?*

--select an item-- ▼

Please provide information on your outstanding debt (e.g. original loan amount, remaining balance, term, interest rate and lender)*

Please provide operating income (total operating revenue less total operating expenses) for the current and past three years:

2025 Operating Income YTD: [as of date]*

\$

2024 Operating income*

\$

2023 Operating income*

\$

2022 Operating income*

\$

Please gather all required documents in a PDF format before beginning the next section.

6. To continue, please check the box. Or you may select "Save for Later" below.

☐

Documents

Please attach all documents at the same time. You cannot save and return from this point forward.

Most recent license and licensing survey*

Add File...

Proposed project design/construction plans*

Add File...

Detailed description of your plans to obtain a license pursuant to 8.9.4.11 NMAC*

Add File...

Current business plan*

Add File...

Management bios and staff description (for example number of full and part-time employees and their roles)*

Add File...

Formation and governance documents (e.g., articles of incorporation and bylaws)*

Add File...

Certificate of Good Standing with ECECD*

Add File...

Letter certifying that the project was duly authorized and approved by the applicant's governing body, or by the owner of the facility if the owner is not the applicant*

Add File...

Tax-exempt determination letter from the Internal Revenue Service (if applicable)

Add File...

Insurance documentation pertaining to the business*

Add File...

Current zoning certificate*

Add File...

Detailed cost estimate prepared by a licensed contractor that details all anticipated uses of total project funding*

Add File...

Environmental Site Assessment (ESA) Phase 1*

Add File...

Building Survey*

Add File...

Financial statements for the most recent three (3) years, or since inception if the business has been operating for less than three years*

Add File...

Income statement, cash flow statement, and balance sheet for the current fiscal year*

Add File...

Projected cash flows for the next three (3) or more years*

Add File...

Three most recent years' federal income tax returns, if applicable

Add File...

Material leases and/or purchases of land, buildings, or improvements related to the project, as applicable

Add File...

Certification

By submitting this application to the CCFRLF, the undersigned hereby certifies the following:

1. I certify the applicant is in compliance with all applicable federal, state and local laws and regulations.
2. I am duly authorized to act on behalf of the undersigned and to submit all documents pertaining to the CCFRLF application.
3. All documents submitted in support of the CCFRLF application are true, accurate and to the best of my knowledge, conform with all policy guidelines.

4. All statements and certifications made in the CCFRLF application are true, accurate and to the best of my knowledge, conform with policy guidelines.

☐ By checking this box, I understand and agree that the ECECD is entitled to rely on all of the certifications made in this CCRLF Application.

Full Name *

Date *

*- required

Save for Later

Submit



Fondo de préstamos rotatorios para instalaciones de cuidado infantil

Solicitud de asistencia financiera

Nombre legal del proveedor (también conocido como el prestatario)*

Tyler Loves Testing

DBA del proveedor (si corresponde)

Sitio web del proveedor

test.com

Teléfono del proveedor*

5055555555

Calle de correo de proveedores*

123 Main Street

Ciudad de correo de proveedores*

Albuquerque

Estado de correo del proveedor*

New Mexico

Código postal del proveedor*

87120

Dirección física del proveedor (si es diferente a la de correo)

Calle física del proveedor

123 Main Street

Proveedor Ciudad Física

Albuquerque

Estado físico del proveedor

New Mexico

Código postal físico del proveedor

87120



Información de contacto

Información de contacto principal

Nombre del contacto principal*

TylerTest

Apellido del contacto principal*

Testing

Título/Afiliación*

Tesorero



Correo electrónico de contacto principal*

tyler.espino@live.com

Teléfono de contacto principal*

+1 (673) 637-5407

¿Es el funcionario de más alto rango alguien que no sea el Contacto Principal?*

--seleccione un elemento--



¿El propietario de la guardería es alguien que no es el contacto principal?*

--seleccione un elemento--



Si ha guardado para más tarde y ha regresado, la información de contacto aparecerá en blanco. El contacto ha llegado a nuestro sistema. Cambie la respuesta a cualquier propietario adicional a "no" para continuar.

1. Para continuar, marque la casilla. O puede seleccionar "Guardar para más tarde" a continuación.



Información del programa

¿El solicitante está establecido y actualmente autorizado por ECECD?*

Sí



Información de proveedores establecidos

Número de identificación fiscal federal*

Número de identificación fiscal estatal (CRS #)*

ID de EPIC del proveedor*

Fecha de creación de la empresa*

Fecha de licencia de ECECD (se requiere una copia de la licencia más reciente y la encuesta de licencias al final de la solicitud) *

Descripción del negocio*

Seleccione su tipo de proveedor *

--seleccione un elemento--



¿Es usted beneficiario de una subvención de Head Start?*

--seleccione un elemento--



Indique el nivel de estrellas de FOCUS durante los últimos cinco años, según corresponda.

Nivel de estrellas FOCUS 2021*

--seleccione un elemento--



Nivel de estrella FOCUS 2022*

--seleccione un elemento-- ▼

Nivel de estrella FOCUS 2023*

--seleccione un elemento-- ▼

Nivel de estrella FOCUS 2024*

--seleccione un elemento-- ▼

Nivel de estrella FOCUS 2025*

--seleccione un elemento-- ▼

¿Está actualmente al día con ECECD con respecto a sus requisitos de licencia?*

--seleccione un elemento-- ▼

¿Alguna vez ha estado en condiciones de operación?*

--seleccione un elemento-- ▼

2. Para continuar, marque la casilla. O puede seleccionar "Guardar para más tarde" a continuación.



Información comercial

Proporcione una lista de los miembros de su Junta y sus biografías, si corresponde.

Describa sus planes de contratación.*

¿Cumple con los requisitos de zonificación?*

--seleccione un elemento-- ▼

¿Alguna vez ha estado involucrado en algún litigio u otro procedimiento legal?*

--seleccione un elemento-- ▼

¿Alguna vez ha operado otra guardería?*

--seleccione un elemento-- ▼

¿Actualmente opera más de un centro de cuidado infantil?*

--seleccione un elemento-- ▼

Historia del programa

Proporcione la siguiente información basada en los niños a los que atiende actualmente. Para agregar más grupos de edad, haga clic en "Agregar un grupo de niños" y edite la nueva entrada. Para eliminar una entrada, haga clic en "Eliminar un grupo secundario".

Grupo de edad*

--seleccione un elemento-- ▼

Número de niños en el grupo de edad seleccionado actualmente inscritos en el programa*

Número de niños en el grupo de edad seleccionado en el programa que reciben asistencia para el cuidado infantil *

[Agregar un grupo secundario](#)

¿Su programa está completamente inscrito?*

Sí ▼

3. Para continuar, marque la casilla. O puede seleccionar "Guardar para más tarde" a continuación.



Información del proyecto

Descripción del proyecto

Solicitud de monto de préstamo para su proyecto*

\$

Proporcione una descripción detallada de su proyecto propuesto*

¿Cuál es el costo total estimado del proyecto para el que planea utilizar este préstamo?*

\$

Explique la vida útil operativa prevista del proyecto y su componente*

Seleccione todas las fuentes de fondos que desea utilizar para su proyecto*

☐ Préstamo CCRLF solicitado

☐ Efectivo disponible

☐ Donaciones filantrópicas

☐ Financiación de subvenciones públicas

☐ Otros préstamos

☐ Otro

Indique cuáles han sido asegurados

☐ Efectivo disponible

☐ Donaciones filantrópicas

☐ Financiación de subvenciones públicas

☐ Otros préstamos

☐ Otro

Ubicación del proyecto (calle)*

Ubicación del proyecto (Ciudad)*

Ubicación del proyecto (estado)*

--seleccione un elemento-- ▼

Ubicación del proyecto (código postal)*

¿Es propietario o alquilará la instalación?*

--seleccione un elemento-- ▼

Describa cualquier peligro ambiental conocido, como pintura con plomo, asbesto u otros contaminantes que serán abordados por el proyecto propuesto*

¿ Tiene disponible una Evaluación Ambiental del Sitio (ESA) Fase 1?*

--seleccione un elemento-- ▼

¿ Tiene un estudio de edificios disponible?*

--seleccione un elemento-- ▼

¿ Este proyecto requerirá cambios de zonificación?*

--seleccione un elemento-- ▼

Proporcione un cronograma de lo que logrará durante el préstamo propuesto

Enumere y describa cada tarea principal del proyecto y su fecha estimada de finalización. Para agregar una tarea principal, haga clic en "Agregar una tarea" y edite la nueva entrada. Para eliminar una tarea importante, haga clic en "Eliminar una tarea".

Tarea principal*

Descripción de la tarea*

Fecha de finalización prevista*

[Agregar una tarea](#)

4. Para continuar, marque la casilla. O puede seleccionar "Guardar para más tarde" a continuación.



Impacto del proyecto

¿Cómo le ayudará este proyecto a satisfacer una necesidad definida de cuidado infantil en la comunidad?
*

Incluya información sobre el impacto previsto del proyecto en la comunidad a la que sirve, incluso si este proyecto servirá a una comunidad de bajos ingresos.

¿Cómo beneficiará este proyecto la salud y la seguridad de sus clientes, la calidad de su programa y la operación de su programa?*

Capacidad:

Describa cómo este proyecto beneficiará la capacidad de su programa de cuidado infantil una vez finalizado*

¿Este proyecto le permitirá ampliar el número total de niños a los que puede atender su programa?*

--seleccione un elemento-- ▼

¿Este proyecto le permitirá ampliar el número total de bebés y niños pequeños a los que sirve?*

--seleccione un elemento-- ▼

¿Actualmente tiene una lista de espera?*

--seleccione un elemento-- ▼

Horas de atención:

Describa su horario actual de atención.*

Cuando se complete el proyecto, ¿su programa ofrecerá horarios y días de operación extendidos?*

--seleccione un elemento-- ▼

Cuando su proyecto esté completo, ¿su programa ofrecerá atención durante horas no tradicionales? (Esto incluye la atención brindada entre las 7:00 p.m. y las 7:00 a.m. o la atención brindada durante el fin de semana)*

--seleccione un elemento-- ▼

Servicios a clientes subvencionados por el Estado y de bajos ingresos:

¿Actualmente atiende a familias subsidiadas por el estado y de bajos ingresos?*

--seleccione un elemento-- ▼

¿Cómo mejorará el proyecto propuesto los servicios a las familias subsidiadas por el estado y de bajos ingresos?*

Inscripción proyectada

Complete el siguiente cronograma de inscripción total proyectada por grupo de edad para los próximos cuatro años e indique el porcentaje de niños que espera inscribir en asistencia para el cuidado infantil.

Para agregar un grupo de edad y la inscripción proyectada, haga clic en "Agregar inscripción proyectada". Para eliminar un grupo de edad, haga clic en "Eliminar inscripción proyectada".

Grupo de edad*

--seleccione un elemento-- ▼

Año de inscripción proyectado*

--seleccione un elemento-- ▼

Número de inscripción proyectado*

Porcentaje de niños que reciben asistencia para el cuidado de niños en determinados grupos de edad y año*

 %

[Agregar inscripción proyectada](#)

5. Para continuar, marque la casilla. O puede seleccionar "Guardar para más tarde" a continuación.

☒

Contrato de servicios

Marque esta casilla si desea solicitar un "contrato de servicios" para pagar parcialmente este préstamo.

☐

Información financiera

¿Alguna vez el proveedor no ha realizado ningún pago bajo alguna deuda?*

No



¿Alguna vez la empresa se ha declarado en bancarrota?*

--seleccione un elemento--



¿Tiene alguna deuda pendiente?*

--seleccione un elemento--



Proporcione los ingresos operativos (ingresos operativos totales menos los gastos operativos totales) para el año actual y los últimos tres años:

Ingresos operativos de 2025 YTD: [a la fecha]*

\$

Ingresos operativos de 2024*

\$

Ingresos operativos de 2023*

\$

Ingresos operativos de 2022*

\$

Reúna todos los documentos requeridos en formato PDF antes de comenzar la siguiente sección.

6. Para continuar, marque la casilla. O puede seleccionar "Guardar para más tarde" a continuación.



Documentos

Adjunte todos los documentos al mismo tiempo. No puede guardar y regresar desde este punto en adelante.

Encuesta más reciente sobre licencias y licencias*

Agregar archivo...

Planes de diseño/construcción del proyecto propuestos*

Agregar archivo...

Plan de negocios actual*

Agregar archivo...

Biografías de la gerencia y descripción del personal (por ejemplo, número de empleados a tiempo completo y parcial y sus funciones)*

Agregar archivo...

Documentos de formación y gobierno (por ejemplo, artículos de incorporación y estatutos)*

Agregar archivo...

Carta que certifique que el proyecto fue debidamente autorizado y aprobado por el órgano de gobierno del solicitante, o por el propietario de la instalación si el propietario no es el solicitante*

Agregar archivo...

Carta de determinación de exención de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (si corresponde)

Agregar archivo...

Documentación del seguro relacionada con el negocio*

Agregar archivo...

Certificado de zonificación vigente*

Agregar archivo...

Estimación detallada de costos preparada por un contratista con licencia que detalla todos los usos anticipados de la financiación total del proyecto*

Agregar archivo...

Estados financieros de los últimos tres (3) años; o desde el inicio si el negocio ha estado operando por menos de tres (3) años; o dos (2) años de finanzas proyectadas (solo puesta en marcha)*

Agregar archivo...

Estado de resultados, estado de flujo de efectivo y balance general para el año fiscal actual*

Agregar archivo...

Flujos de efectivo proyectados para los próximos tres (3) o más años*

Agregar archivo...

Tres declaraciones de impuestos federales sobre la renta de los últimos años, si corresponde

Agregar archivo...

Arrendamientos materiales y / o compras de terrenos, edificios o mejoras relacionadas con el proyecto, según corresponda

Agregar archivo...

Certificación

Al presentar esta solicitud al CCFRLF, el abajo firmante certifica lo siguiente:

2. Estoy debidamente autorizado para actuar en nombre del abajo firmante y para presentar todos los documentos relacionados con la solicitud del CCFRLF.
3. Todos los documentos presentados en apoyo de la solicitud del CCFRLF son verdaderos, precisos y, a mi leal saber y entender, cumplen con todas las pautas de la política.
4. Todas las declaraciones y certificaciones realizadas en la solicitud CCFRLF son verdaderas, precisas y, a mi leal saber y entender, cumplen con las pautas de la política.

☐ Al marcar esta casilla, entiendo y acepto que el ECECD tiene derecho a confiar en todas las certificaciones realizadas en esta Solicitud CCRLF.

Nombre completo *

Fecha *

*-Obligatorio

Save for Later

Submit

