

Nomine a Su Empleador u Negocio Local para **Premio A El Empleador De Un Ambiente Familiar**

- Trabajas o visitas frecuentement un negocio que tenga un Ambiente Familiar?
- Su empleador proporciona programas para ayudarle a equilibrar a su familia y su vida laboral?
- Cree usted que hay un negocio o empleador en los condados de Tulare o Kings que apoyen la lactancia?

La Sociedad de la Gerencia de Recursos Humanos de los Condados de Tulare/Kings , La Coalicion de la Lactancia Maternal de el Condado de Kings , y el Condado deTulare presentaran el Premio a el Empleador de un Ambiente Familiar las Companias nominadas que han implementado programas de un Ambiente Familiar, incluyendo al menos comodidades para la Lactancia Maternal y apoyo a las madres que amamantan.

Para nominar a su emleador o negocio dentro de los condados de Tulare y o Kings para el **Premio a El Empleador de un Ambiente Familiar**, favor de completar y embiar este formulario de aplicacion para el **31 de Agosto, 2017** por correo electronico a: dhallare@tularehhsa.org o via correo a: Diana Hallare, 1819 N. Dinuba Blvd, Visalia, CA 93291. Si tiene alguna pregunta favor de llamar al # (559) 623-0827.

INFORMACION DE EL NOMINADO

Nombre de el Negocio: _____

Persona de Contacto/Titulo: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: _____ Correo Electronico: _____

Tipo de Empleo (Ejemplos: Vendedor, Agricultura, Educacion) _____

Numero de Empleados: _____

1. Describa el programa de el negocio que muestra “apoyo a mamas y bebes” u“ apoyo familiar”.

2. El programa de el negocio incluye un cuarto para la lactancia? ____ Si ____ No
Si si, por favor describa el establecimiento y el programa asociado con ello. Como se les informa a los empleados sobre la poliza de comodidades para la lactancia/las guias?
(Polizas/Guias, fotos en el cuarto de la lactancia, y otros documentos suplementarios deben de estar incluidos.)

3. Describa la efectividad de el programa en el negocio _____

4. Incluya los testimonios (si hubiera alguno).

INFORMATION DE EL NOMINADO

Nombre: _____

Telefono: _____ Correo Electronico: _____



PAGINAS ADICIONALES



PAGINAS ADICIONALES

