

Solicitud para la Beca T.E.A.C.H. Early Childhood® WISCONSIN

Instrucciones

1	<p>Complete la solicitud en su totalidad y presente todos los documentos enumerados a continuación. Si falta información o si no se contestan todas las preguntas, su aplicación será considerada incompleta y no será procesada hasta que toda la información sea recibida.</p>
2	<p>Complete y devuelva el Contrato de Participación en el Programa. Todos los solicitantes independientemente de su cargo deben incluirlo. Si usted es empleado de una guardería infantil, usted debe obtener el consentimiento de su director o representante de la guardería. Su director debe completar y firmar la página del Contrato de Participación del Programa.</p>
3	<p>Envíe verificación de ingresos con su aplicación completa.*</p> <p>Empleados de Guardería Infantil: una copia de su más reciente talonario de cheque o un estado de cuenta firmado por el director de su centro, detallando su salario y las horas trabajadas por semana.</p> <p>Propietarios de Guardería Infantil: una copia de su más reciente talonario de cheque o su más reciente forma de impuestos "Schedule C".</p> <p>Proveedores de Cuidado Familiar: una copia de su más reciente forma de impuestos "Schedule C", copias de los recibos de cada uno de los niños bajo su cuidado, estado de cuenta más reciente del subsidio de cuidado de niños o una declaración detallada de su precio semanal y el número de niños bajo su cuidado. También debe completar y devolver la hoja de ingresos familiares.</p> <p>*Su ingreso no afecta la posibilidad de recibir una beca; sin embargo, la verificación de ingresos se necesita para demostrar que usted reúne ciertos requisitos de elegibilidad y para propósitos de elaborar reportes.</p>
4	<p>Devuelva la aplicación original completa, el contrato de Participación en el Programa y la verificación de ingresos a:</p> <p style="text-align: center;">T.E.A.C.H. Early Childhood® WISCONSIN Wisconsin Early Childhood Association 2908 Marketplace Drive, Suite 101 Fitchburg, WI 53719</p> <p>Los documentos de la aplicación no serán devueltos. Por favor guarde una copia para sus archivos. ¿Preguntas? Llame a TEACH al 608-240-9880 o 800-783-9322, opción 3.</p>

La aplicación para la Beca T.E.A.C.H. requiere una cuota de \$20, no reembolsables, que deben ser pagados en el momento en que la solicitud es procesada. Nos pondremos en contacto con usted cuando llegue ese momento.

Por favor, llame al 800-783-9322 extensión 7236 si tiene preguntas o desea más información sobre el programa de T.E.A.C.H. Early Childhood® WISCONSIN.

Información del solicitante			Fecha ____/____/____	
Número del Seguro Social: - -				
Nombre		Inicial	Apellido	
Dirección				
Ciudad		Estado	Código Postal	Condado
Teléfono del Trabajo: () -			Otro Número de Teléfono: () - Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa	
Correo Electrónico:				
Fecha de Nacimiento: / /			Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Ciudadano: <input type="checkbox"/> Ciudadano/Residente Legal de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿Cuántas personas viven en su casa (incluyéndose usted mismo)? _____				
Estructura del hogar: <input type="checkbox"/> Soltero(a), sin niños <input type="checkbox"/> Padre/Madre soltero(a) o Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/Unidos, sin niños <input type="checkbox"/> Padre/Madre Casado(a)/Unido o Abuelo(a)				
¿Cómo se considera usted?				
<input type="checkbox"/> Blanco(a)	<input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano(a)	<input type="checkbox"/> Indio Americano(a) o Nativo(a) de Alaska.	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Identificado por dos o mas
<input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái o Isleño(a) del Pacífico: (marque uno)	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro	<input type="checkbox"/> Otro Isleño(a) del Pacífico: _____	<input type="checkbox"/> Asiático: (marque uno)
<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro Asiático: _____			
Origen Étnico: Es usted ¿Hispano(a), Latino(a) o de origen Español? <input type="checkbox"/> Si (marque uno abajo) <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Mexicano(a), Mexicano Americano(a), Chicano(a)	<input type="checkbox"/> Otro Hispano(a), Latino(a) o de origen Español	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a)	<input type="checkbox"/> Cubano(a)	

¿Preferiría trabajar con un Consejero de Beca Bilingüe? Si No

Por favor, llame al 800-783-9322 extensión 7236 si tiene preguntas o desea más información sobre el programa de T.E.A.C.H. Early Childhood® Wisconsin.

¿Cómo se entero del Programa T.E.A.C.H. Early Childhood®?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presentación | <input type="checkbox"/> El Director de mi Guardería | <input type="checkbox"/> Página Internet |
| <input type="checkbox"/> Correo Postal | <input type="checkbox"/> Becario de T.E.A.C.H. | <input type="checkbox"/> Agencia CCR&R |
| <input type="checkbox"/> Seminario | <input type="checkbox"/> Colega | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique): _____ |

¿Es usted un miembro de WECA? Si No

¿Es usted un miembro de la Oficina del Registro (The Registry)? Si No Registry número _____

Situación de Empleo

¿Por cuánto tiempo ha trabajado en el campo de la Primera Infancia?

- Menos de 2 años 2-5 años 6-10 años 10+ años

¿Cuál es el título de su empleo actual? Si usted tiene múltiples cargos, seleccione el título en el cual usted pasa la mayor parte de su tiempo. **Seleccione solo UNA casilla.**

- Profesional basado en Familia Asistente de Maestro
 Maestro(a) (Líder de Grupo – Edad Escolar) Administrador (Supervisor del lugar – Edad Escolar)
 Personal Profesional no docente (*cargo*) _____
 Personal de Apoyo no docente (*puede no ser elegible para la beca*)(*cargo*) _____

¿Qué edad de grupo enseña usted? (*por favor marque todos los que apliquen*) Administrador

- Infantes(0-12 meses) Niños Pequeños(13-36 meses) Preescolar(37 meses – *PreK*) Edad Escolar

Si usted no conoce las respuestas a las siguientes preguntas, por favor consulte con su supervisor.

Fecha de inicio del empleo en las instalaciones actuales o, para proveedores de cuidado familiar, la fecha en la que obtuvo la licencia o certificación para proveer cuidado en casa:

(mes/día/año) _____ / _____ / _____

¿Cuántas horas trabaja a la semana?

¿Cuántos meses trabaja por año?

¿Cuál es su actual salario por hora?

¿Cuántos niños hay en su aula de clase o en su cuidado familiar?

Información sobre Educación: (el diploma de secundaria o GED se requiere para ser elegible)

Por favor marque la casilla que mejor describe su nivel de educación más alto:

- No diploma de secundaria Diploma de secundaria/GED * Certificado de 1 año
 Grado Asociado (Especialización: _____) Licenciatura (Especialización: _____)
 Máster (Especialización: _____) Doctorado

*Marque uno: Diploma de secundaria GED completo Fecha de finalización de secundaria o GED: _____

¿Cuál escuela emitió su diploma de secundaria o GED? _____

Por favor marque UNA que describa mejor sus metas educativas:

- Completar una Credencial en Primera Infancia o Edad Escolar (*encierre uno*)
 Tomar algunos cursos en Primera Infancia para obtener o mejorar las habilidades relacionadas con el trabajo
 Completar créditos para reunir los requerimientos de YoungStar
 Completar un Certificado en Primera Infancia, Infantes y Niños Pequeños o Edad Escolar
 Completar un Grado Asociado en Primera Infancia
 Completar un Grado Asociado y transferirme a una escuela de 4 años para completar una Licenciatura
 Completar una Licenciatura en Educación de la Primera Infancia
 completar o renovar una Licencia DPI

¿Está usted actualmente inscrito en una escuela? Si No

¿Cuándo le gustaría comenzar con la beca?

¿A cuál escuela le gustaría atender? _____

Otoño Primavera Verano _____ (año)

Beca para la que está aplicando: (marque una)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Credencial de Infantes y Niños Pequeños | <input type="checkbox"/> Credencial Preescolar | <input type="checkbox"/> C. Desarrollo de Programas |
| <input type="checkbox"/> Credencial de Administrador | <input type="checkbox"/> Credencial de Liderazgo | <input type="checkbox"/> C. Después de la Escuela y |
| <input type="checkbox"/> Credencial de Inclusión | <input type="checkbox"/> Modelo 3-8 créditos | Desarrollo Juvenil |
| <input type="checkbox"/> Grado Asociado | <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Credencial de Cuidado Familiar |

¿Hay algo más acerca de usted, su educación o sus metas de Desarrollo Profesional que le gustaría que consideráramos mientras revisamos su aplicación? Por favor incluya una hoja adicional si es necesario.

Ingresos del Solicitante: enumere las fuentes de ingresos disponibles para usted. *Para sus fuentes de ingreso, usted DEBE proporcionar una copia de verificación de ese ingreso.* Por favor vea las instrucciones en la página 1, para explicaciones sobre la verificación de ingresos.

Empleador #1 (su programa de cuidado infantil)

Nombre del empleador: _____

Ingresos en el trabajo #1: \$ _____ por hora por semana por mes

¿Cuántas horas trabaja por semana? _____ ¿Cuántos meses trabaja por año? _____

Empleador #2 (segundo trabajo, si aplica)

Nombre del empleador: _____

Ingresos en el trabajo #2: \$ _____ por hora por semana por mes

¿Cuántas horas trabaja por semana? _____ ¿Cuántos meses trabaja por año? _____

Fuentes de Ayuda Financiera #1 (Becas Pell, préstamos para estudiantes, etc.): _____

Estado de la aplicación: Otorgada Negada Pendiente

Fuentes de Ayuda Financiera #2 (Becas Pell, préstamos para estudiantes, etc.): _____

Estado de la aplicación: Otorgada Negada Pendiente

¿Algún ingreso personal adicional?: \$ _____ por _____

SU INGRESO PERSONAL TOTAL \$ _____ por año.

SU INGRESO FAMILIAR TOTAL \$ _____ por año.

*** Nota: todos los becarios de Grado Asociado o Licenciatura deberán aplicar para Ayuda Estudiantil Federal. Las aplicaciones para Ayuda Estudiantil están disponibles en: <http://www.fafsa.ed.gov>**

DECLARACION & FIRMA DEL SOLICITANTE

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta. Basándome en esta información, estoy solicitando a Wisconsin Early Childhood Association una beca para ayudar a pagar el costo de los gastos educativos.

Firma del Solicitante

Fecha

Este documento es solo una solicitud. Esta solicitud no garantiza que el candidato recibirá una beca. El candidato y/o el Centro no tienen ninguna obligación referente a esta solicitud, hasta que un contrato sea firmado por ambas partes.

**Propietario de Guardería Infantil – Acuerdo de Participación
Programa de Becas T.E.A.C.H. Early Childhood® WISCONSIN**

Este acuerdo debe ser llenado por el Propietario de la Guardería/Director y debe ser devuelto con la solicitud completa.

El Programa de Becas T.E.A.C.H. Early Childhood® WISCONSIN ofrecido a través de Wisconsin Early Childhood Association requiere la participación del Centro para cada becario empleado en la Guardería Infantil. En el evento que a _____ se le otorgue una beca, Yo entiendo que el Centro está de acuerdo con participar de las siguientes maneras:

1. Pagar el 15% del costo de la matrícula de los cursos, por el total de horas de crédito como se describe abajo.
2. Proporcionar 15 horas de Tiempo Libre Pagado, para ser reembolsado por el Programa de Becas al empleador del becario. El Tiempo Libre Pagado se proporciona sin importar si hay o no clase durante las horas de trabajo del empleado.
3. Inscribir al menos un maestro(a) en la beca T.E.A.C.H. Early Childhood® Wisconsin dentro del plazo de un año en el que administrador participa en el programa de becas.

Marque uno	Modelo	Créditos	Escuela
	3-8 Créditos	3-8	Escuela Técnica de Wisconsin, Escuela Privada o Universidad
	Credencial	9-18	Escuela Técnica de Wisconsin, Escuela Privada o Universidad
	Grado Asociado	9-18 o 19+	Escuela Técnica de Wisconsin o Escuela Privada
	Licenciatura	9-18 o 19+	Universidad de Wisconsin o Escuela Privada

¿Es usted un Proveedor de Cuidado Familiar? Sí No

¿Tiene su Centro el Programa *Kindergarten* para niños de 4 años (4K)? Sí No
(Se define como: la colaboración entre el programa de cuidado infantil y la escuela pública local)

Si respondió Sí, ¿El becario es maestro del Programa 4K? Sí No

¿El becario es empleado y es pagado directamente por el distrito escolar? Sí No

(Firma del Director/propietario)

(Número de teléfono)

SE REQUIERE LA FIRMA ORIGINAL

(Nombre en letra imprenta del Director/propietario)

_____/_____/_____
(Fecha)

(Nombre en letra imprenta de la Guardería Infantil)



**Información del Programa Patrocinador para Guardería Infantil/Cuidado Infantil Familiar
(Para ser llenado por el Administrador/Director/ Proveedor de Cuidado Familiar)**

Nombre de la Guardería Infantil (como aparece en la licencia del estado)			
Número de la licencia del programa (número de identificación del lugar)			
¿Participa en YoungStar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Calificación: _____ Proveedor número (10 dígitos): _____			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Número de teléfono () -		Fax () -	
Nombre del Director		Número de teléfono del Director () -	
Correo electrónico del Director			
Correo electrónico del programa		Página Web del programa	
Dirección del programa (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
El Programa de Cuidado Infantil es <input type="checkbox"/> Licenciado <input type="checkbox"/> Exento Legalmente <input type="checkbox"/> Certificado			
Auspicio: (marque uno) <input type="checkbox"/> Con fines de lucro <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Head Start			
¿Tiene su Centro el Programa <i>Kindergarten</i> para niños de 4 años (4K)? (Se define como: la colaboración entre el programa de cuidado infantil y la escuela pública local) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Por favor marque todas las formas de financiación que su Centro recibe: <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Head Start estatal <input type="checkbox"/> PreK estatal <input type="checkbox"/> Título 1 <input type="checkbox"/> IDEA <input type="checkbox"/> Subsidios del estado: contratos (WI Shares) <input type="checkbox"/> Subsidios del estado: cupones			
Este programa está Acreditado por: <input type="checkbox"/> NAEYC (Centros) <input type="checkbox"/> NAFCC (Programas Familiares) <input type="checkbox"/> Otro			
Número de niños permitidos por licencia		Número de niños inscritos actualmente	
Horas de operación del centro		Edades de los grupos permitidos por licencia	
Si este programa es administrado por otra organización, por favor llene la información a continuación:			
Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado

Envíelo a:

T.E.A.C.H. Early Childhood@ WISCONSIN
 Wisconsin Early Childhood Association
 2908 Marketplace Drive, Suite 101
 Fitchburg, WI 53719



¿Preguntas?

Por favor llame a T.E.A.C.H. al
 608-240-9880 o 800-783-9322, Opción 3
 teach@wisconsinearlychildhood.org