



Solicitud para el Incentivo Financiero REWARD – Proveedor de Cuidados Familiares

Instrucciones

No se necesita devolver esta página con su aplicación

1	<p>Complete la solicitud en su totalidad . La falta de información retrasará su incentivo financiero.</p>
2	<p>Envíe verificación de ingresos con su aplicación completa.</p> <p>Adjunte copias de las siguientes secciones de su declaración de impuestos federales más reciente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Su formulario 1040 <p>-MÁS-</p> <ul style="list-style-type: none">• Si usted declara su ingreso de cuidados familiares en las siguientes líneas del formulario 1040, deben adjuntarse los formularios indicados:<ul style="list-style-type: none">▪ Línea 7: Adjunte su formulario W2 de su negocio de cuidados familiares▪ Línea 12: Adjunte su Schedule C de su negocio de cuidados familiares▪ Línea 17: Adjunte su Schedule E y K-1 de su negocio de cuidados familiares <p>Para más información sobre la verificación de ingresos, visite nuestra página web (en inglés) wisconsinearlychildhood.org/reward</p>
3	<p>Devuelva la aplicación completa y la verificación de ingresos a :</p> <p>Correo REWARD Wisconsin Stipend Program Wisconsin Early Childhood Association 744 Williamson Street, Suite 200 Madison, WI 53703</p> <p>Email reward@wisconsinearlychildhood.org</p> <p>Fax 877-895-5477</p> <p>Mantenga una copia de esta solicitud para sus archivos. REWARD Wisconsin no se responsabiliza por la pérdida o el extravío de solicitudes.</p>

¿Preguntas?

En Madison: 608-729-1056

Otros Lugares: 800-783-9322, ext 7256

reward@wisconsinearlychildhood.org

¡Experimente nuestro chat en línea! wisconsinearlychildhood.org/reward

REWARD Wisconsin Stipend Program
Solicitud para el Incentivo Financiero
Proveedor de Cuidados Familiares

APP – FCCP

Uso Oficial

Información de Solicitante

Nombre

Inicial

Apellido

Número del Seguro Social - -

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Número de Teléfono *(con código de área)*

Fecha de Nacimiento / /

Correo Electrónico

Género Femenino Masculino

Es usted ¿Hispano(a), Latino(a) o de origen Español? Sí (marque uno abajo) No

Mexicano(a), Mexicano Americano(a), Chicano(a) Puertorriqueño(a) Cubano(a) Otro Hispano(a), Latino(a)

¿Cómo se considera usted?

Blanco(a)

Nativo(a) de Hawái o Isleño(a) del Pacífico

Asiático (marque uno)

Negro(a) o Afroamericano(a)

(marque uno)

Indio Asiático

Indio Americano(a) o Nativo(a) de Alaska.

Samoano

Japonés

Identificado por dos o más

Guamanian o Chamorro

Chino

Otro _____

Otro Isleño(a) del Pacífico

Coreano

Vietnamita

Filipino

Otro Asiático

¿Ha aplicado al REWARD Wisconsin Stipend Program anteriormente?

Sí No

¿Ha recibido una beca T.E.A.C.H. Early Childhood® Wisconsin?

Sí No

¿Es usted un miembro de WECA?

Sí No

Entérese de lo que más WECA puede ofrecerle: wisconsinearlychildhood.org

¿Cómo se enteró del Programa de REWARD? (Marque todos los que apliquen)

Taller o Conferencia

El Director de mi Guardería

Programa de T.E.A.C.H.

Página Internet

Colega

Consejero de Desarrollo Profesional

Correo electrónico o Postal

Beneficiario de REWARD

Agencia CCR&R, The Registry, u otra

Otro (Por favor especifique)

Información de Registro de Solicitante

Su número de identificación del Registro (Registry ID#) se encuentra en su certificado de The Registry.

Número de Identificación de The Registry

Información Laboral

¿Es usted propietario de este guardería infantil familiar? Sí No

En caso negativo, complete la "Solicitud para guardería infantil grupal."

Fecha de Certificación: (mes/día/año)

Fecha de Licencia: (mes/día/año)

¿Cuántas horas trabaja a la semana?

¿Cuántas horas por semana trabaja directamente con niños?

¿Trabaja usted? Todo el año Año escolar solamente

Si trabaja sólo en el año escolar: ¿Cuál es su último día de trabajo en la primavera? (mes/día)

¿Cuándo regresa al trabajo en el otoño? (mes/día)

¿Con cuál(es) edad(es) trabaja usted? Marque todos los que apliquen.

Infantes/Niños pequeños (0-2 años)

Edad Preescolar (3, 4 o 5 años)

Edad Escolar (5+)

Todas las edades (0-5 años)

Todas las edades (0-12 años)

Información del Programa

Nombre del Programa

Dirección del Programa (si es diferente de la anterior)

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Número Telefónico

Correo Electrónico del Programa

Regulado por el Departamento of Niños y Familias

Número de Licencia _____

Número de Proveedor _____

Certificado por el Condado: Número de Proveedor _____

¿Este programa es regulado para servir a cuántos niños?

¿Es su programa acreditado actualmente?

SÍ NO Si es así, ¿ por cuál organización?

¿Cuántos niños están inscritos actualmente?

Declaración & Firma

Declaración de Solicitante y Titular: Yo certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera que yo sepa. Autorizo al *REWARD Wisconsin Stipend Program* a contactar a *The Registry* para verificar la información con el fin de determinar mi elegibilidad para este programa. Entiendo que esta solicitud no garantiza que reciba un incentivo financiero.

Firma de Solicitante

Fecha