



## Solicitud para el Incentivo Financiero REWARD – Guardería Infantil Grupal

### Instrucciones

No se necesita devolver esta página con su aplicación

1

**Complete la solicitud en su totalidad.**

La falta de información retrasará su incentivo financiero

2

**Envíe verificación de ingresos con su aplicación completa.**

**Empleados de una Guardería Infantil Grupal**

Envíe copias de sus 3 más recientes talonarios de pago, de preferencia de los últimos 3 meses.

**Proprietarios de Guardería Infantil**

- Adjunte copias de las siguientes secciones de su declaración de impuestos federales más reciente
- Su Formulario 1040

**–MÁS–**

- Si usted declara su ingreso de cuidados familiares en las siguientes líneas del formulario 1040, deben adjuntarse los formularios indicados:
  - 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

Para más información sobre la verificación de ingresos, visite nuestra página web (en inglés) [wisconsinearlychildhood.org/reward](http://wisconsinearlychildhood.org/reward)

3

**Devuelva la aplicación completa y la verificación de ingresos a :**

**Correo** REWARD Wisconsin Stipend Program  
Wisconsin Early Childhood Association  
744 Williamson Street, Suite 200  
Madison, WI 53703

**Correo Electrónico** [reward@wisconsinearlychildhood.org](mailto:reward@wisconsinearlychildhood.org)

**Fax** 877-895-5477

Mantenga una copia de esta solicitud para sus archivos.  
REWARD Wisconsin no se responsabiliza por la pérdida o el extravío de solicitudes.

**¿Preguntas?**

En Madison: 608-729-1056

Otros Lugares: 800-783-9322, ext 7256

[reward@wisconsinearlychildhood.org](mailto:reward@wisconsinearlychildhood.org)

¡Experimente nuestro chat en línea! [wisconsinearlychildhood.org/reward](http://wisconsinearlychildhood.org/reward)

<b>REWARD Wisconsin Stipend Program</b> <b>Solicitud para el Incentivo Financiero</b> <b>Empleado o Proprietario de Guardería Infantil Grupal</b>	<b>APP – GROUP</b>  <i>Uso Oficial</i>
---	--

**Información de Solicitante**

Nombre	Inicial	Apellido
--------	---------	----------

Número de Seguro Social	-	-
-------------------------	---	---

Dirección
-----------

Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Número de Teléfono <i>(con código de área)</i>	Fecha de Nacimiento / /
--	-------------------------

Correo Electrónico	Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Indio Americano(a) o Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Identificado por dos o más <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái o Isleño(a) del Pacífico <i>(marque uno)</i> <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"/> Índio 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
--	--	---

¿Ha aplicado al REWARD Wisconsin Stipend Program anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿ Ha recibido una beca T.E.A.C.H. Early Childhood® Wisconsin?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Es usted un miembro de WECA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------	---

Entérese de lo que más WECA puede ofrecerle: [wisconsinearlychildhood.org](http://wisconsinearlychildhood.org)

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

<input type="checkbox"/> Taller o Conferencia <input type="checkbox"/> Página Internet <input type="checkbox"/> Correo Electrónico o Postal <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique)	<input type="checkbox"/> El Director de mi Guardería <input type="checkbox"/> Colega <input type="checkbox"/> Beneficiario de REWARD	<input type="checkbox"/> El Programa de T.E.A.C.H. <input type="checkbox"/> Consejero de Desarrollo Profesional <input type="checkbox"/> Agencia CCR&R, The Registry, u otra
--	--	--

**Información de Registro de Solicitante**

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

<b>Número de Identificación de The Registry</b>
---

## Información Laboral

¿Es usted propietario de este guardería infantil?  Sí  No

Marque la casilla al lado de la carga que mejor corresponda a la suya. Si usted tiene múltiples cargas, escoja la correspondiente a la carga en que usted pasa la mayoría de su tiempo.

Maestro/a Asistente

Director de Guardería

Maestro/a

Administrador/a

Fecha de contratación (*mes/día/año*)

¿Cuántas horas trabaja usted a la semana?

¿Cuántas horas por semana trabaja en el salón de clase?

¿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)

Todas las edades (0-5 años)

Edad Preescolar (3, 4 o 5 años)

Todas las edades (0-12 años)

Edad Escolar (5+)

Personal del Programa (Administrador o Director)

Kindergarten de 4 años *Se define por la colaboración entre la guardería y el distrito escolar público)*

¿Posea usted una licencia DPI?  Sí  No

## Información del Programa Empleador

Nombre de empleado (*\*se define por quién le paga el salario*)

Nombre de la guardería infantil (*si es diferente de lo del empleador*)

Dirección de la Guardería

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Número de Teléfono (*con código de área*)

Correo Electrónico del Programa:

Regulado por el Departamento of Niños y Familias

Número de Licencia \_\_\_\_\_

Número de Proveedor \_\_\_\_\_

Exento de Licencia ( solo Head Start)

Auspicio del Programa (marque todos que apliquen):  Lucrativo  No Lucrativo  Head Start  Basado en Fe

¿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?

Nombre de Representante de Programa (*Director or Administrador*)

Cargo de Representante

Número de Teléfono (*con código de área*)

Correo Electrónico

## 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

**Declaración de Representante de Programa:** Yo certifico que la información aquí sobre el programa y empleo es verdadera. Además, certifico que el empleador no retendrá salarios y beneficios como consecuencia de participar en *REWARD Wisconsin Stipend Program*.

Firma de Representante (*La misma persona arriba indicada*)

Fecha

## Verificación de Ingresos

*Por favor complete el siguiente formulario para averiguar programa y cantidad de pago*

### Empleados de Guardería Grupal

Marque aquí si ha adjuntado 3 talonarios de pago recientes.

**Por favor complete la tabla abajo.**

### Proprietarios de Guardería Grupal

Marque aquí si adjunta declaración de impuestos.

**No se necesita completar la tabla.**

Nótese:

- Complete la parte superior si trabaja el año todo y la parte inferior si trabaja solamente durante el año escolar.
- Si usted tiene dudas, pregúntele a su supervisor o a quién esté a cargo de nómina.

Trabajo todo el año

#### Programa de Pago

#### Cantidad (Bruta: antes de rebajas)

<input type="checkbox"/>	Por hora	\$	a la hora
<input type="checkbox"/>	Semanal	\$	a la semana
<input type="checkbox"/>	Bisemanal (a cada dos semanas)	\$	cada dos semanas
<input type="checkbox"/>	Bimensual (a cada 15 días)	\$	dos veces al mes
<input type="checkbox"/>	Mensual (12 veces al año)	\$	12 veces al año
<input type="checkbox"/>	Otro – por favor explique		

Trabajo solamente en el año escolar

Soy pago solamente en el año escolar.

Soy pago el año todo aunque solo trabaje durante el año escolar.

#### Programa de Pago

#### Cantidad (Bruta: antes de rebajas)

<input type="checkbox"/>	Por hora	\$	a la hora
<input type="checkbox"/>	Semanal	\$	a la semana
<input type="checkbox"/>	Bisemanal (a cada dos semanas)	\$	cada dos semanas
<input type="checkbox"/>	Bimensual (a cada 15 días)	\$	dos veces al mes
<input type="checkbox"/>	Mensual (9 veces al año)	\$	9 veces al año
<input type="checkbox"/>	Mensual (10 veces al año)	\$	10 veces al año
<input type="checkbox"/>	Mensual (12 veces al año)	\$	12 veces al año
<input type="checkbox"/>	Contrato por horas y salario	\$	a la hora
<input type="checkbox"/>	Contrato por horas y salario	nº de horas por \$	Por ejemplo: Usted tiene un contrato de 1800 horas por \$18,270
<input type="checkbox"/>	Otro – por favor explique		