



Como ganar un incentivo financiero de REWARD

Para ser elegible para recibir un incentivo financiero de REWARD Wisconsin , habrá demostrado su dedicación a la profesión de la primera infancia al reunir los siguientes requisitos:

Empleo

- Ser empleado de una guardería infantil familiar con certificación o con licencia, una guardería infantil grupal o cualquier programa de Head Start.
- Trabajar por los menos 20 horas a la semana.
- Trabajar por lo menos 5% del tiempo dentro de un salon de clase, o trabajando directamente con los niños o supervisando y apoyando al personal.
- Vivir y/o trabajar en el estado de Wisconsin.
- No ganar más de \$16.50 a la hora.

Experiencia

Haber trabajado por su empleador actual hace a lo menos tres años continuos.

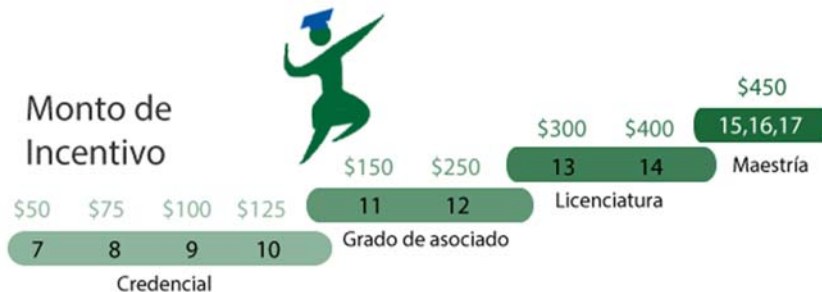
O

Tener seis años de experiencia en programas de cuidados a los niños regulados, como se documenta The Registry.

Educación

- Tener el nivel 7 o superior con The Registry.
- Beneficiarios que tienen un nivel de 7, 8, 9 o 10 con The Registry deben completar tres créditos de educación de la primera infancia para poder continuar a participar en el programa despues de completar dos acuerdos de 6 meses. Para más información visite wisconsinearlychildhood.org/reward. Este requisito no se aplica a participantes con nivel 11 y superior.

El programa REWARD ofrece incentivos financieros a profesionales del cuidado infantil que cumplen con todos los requisitos del programa. Si un solicitante es elegible, un incentivo se otorga junto con un acuerdo de 6 meses. El monto del incentivo corresponde al nivel de The Registry, como se muestra abajo. El acuerdo es un contrato por 6 meses durante los cuales se debe continuar cumpliendo con todos los requisitos del programa. Una vez terminado el acuerdo, el solicitante puede aplicar nuevamente mientras siga reuniendo los requisitos.



Los incentivos son otorgados mientras haya disponibilidad de fondos. REWARD tiene una lista de espera en este. Para más información visite wisconsinearlychildhood.org/reward.

Solicitud para el Incentivo Financiero REWARD – Guardería Infantil

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

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

3

Devuelva la aplicación completa y la verificación de ingresos a :

Correo Electrónico reward@wisconsinearlychildhood.org

Fax 877-895-5477

Correo REWARD Wisconsin Stipend Program
Wisconsin Early Childhood Association
2908 Marketplace Dr Suite 101
Madison WI 53719

Mantenga una copia de esta solicitud para sus archivos.

REWARD Wisconsin no se responsabiliza por la pérdida o el extravío de solicitudes.

¿Preguntas?

reward@wisconsinearlychildhood.org

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

En Madison: 608-729-1056

Otros Lugares: 800-783-9322, ext 7256

REWARD Wisconsin Stipend Program Solicitud para el Incentivo Financiero Empleado o Proprietario de Guardería Infantil	APP – GROUP <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>		¿Cuál medio de comunicación prefiere?	
Correo Electrónico		<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
Fecha de Nacimiento / /		Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

¿Cómo se considera usted? Asiático *(marque uno)*

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái o Isleño(a) del Pacífico	<input type="checkbox"/> Índio Asiático
<input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano(a)	<i>(marque uno)</i>	<input type="checkbox"/> Japonés
<input type="checkbox"/> Indio Americano(a) o Nativo(a) de Alaska	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Chino
<input type="checkbox"/> Identificado por dos o más	<input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro Isleño(a) del Pacífico	<input type="checkbox"/> Vietnamita
		<input type="checkbox"/> Filipino
		<input type="checkbox"/> Otro Asiático

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). o Español(a)

¿En cuál idioma desea que le contactemos? Inglés Español

¿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)

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

Información de Registro de Solicitante
Su número de identificación del Registro (Registry ID#) se encuentra en su certificado o tarjeta de The Registry

Número de Identificación de The Registry

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) Número de Proveedor _____

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

Formulario de Verificación de Ingresos – REWARD Wisconsin Stipend Program

Empleados de Guardería	Proprietarios de Guardería
<input type="checkbox"/> Marque aquí si ha adjuntado 3 talonarios de pago recientes. Por favor complete la tabla abajo.	<input type="checkbox"/> Marque aquí si adjunta declaración de impuestos. No se necesita completar la tabla.
<ul style="list-style-type: none"> 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	
	<input type="checkbox"/> Soy pago solamente en el año escolar. <input type="checkbox"/> 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 (26 veces al año)
<input type="checkbox"/> Bimensual (dos veces al mes)	\$ dos veces al mes (24 veces al año)
<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	n° de horas Por ejemplo: Usted tiene un contrato de por \$ 1800 horas por \$18,270
<input type="checkbox"/> Otro – por favor explique	