


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 un programa infantil, usted <i>debe obtener</i> el consentimiento de su director o representante de la guardería. Su director debe completar y firmar la página de Acuerdo de Participación del Programa.</p>
3	<p>Envíe verificación de ingresos con su aplicación completa (requerido) Su ingreso no afecta su capacidad para recibir una beca; sin embargo, se necesita un comprobante de ingresos para demostrar que está cumpliendo con ciertos requisitos de elegibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empleados de Guardería: una copia de su más reciente talón de cheque o una carta firmada por el director de su centro, detallando su salario y las horas que trabaja por semana. <input type="checkbox"/> Propietarios de Guardería: una copia de su más reciente talón de cheque o su más reciente forma de impuestos "Schedule C". <input type="checkbox"/> Proveedores de Cuidado Familiar: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hoja de Ingresos Mensuales -Y- <input type="checkbox"/> Verificación de Ingresos (<u>uno</u> de los siguientes): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una copia de su más reciente forma de impuestos "Schedule C" ▪ Copias de los recibos de pago por cada uno de los niños bajo su cuidado ▪ Una copia del estado de cuenta del último mes del "MyWChildCare" ▪ una carta detallada de su ingreso semanal y el número de niños bajo su cuidado <p style="text-align: center;">SU APLICACIÓN NO SERA PROCESADA HASTA QUE SE RECIBA LA VERIFICACION DE INGRESOS</p> 
4	<p>Envíe un pago de solicitud no reembolsable de \$20 por la aplicación. Esta tarifa respalda los costos de procesamiento de la solicitud. Puede incluir el pago (cheque o giro postal) con su solicitud o realizar un pago en línea en: https://wisconsinearlychildhood.org/programs/t-e-a-c-h/t-e-a-c-h-online-payment-portal/ Al realizar el pago, deje el número de factura en blanco e ingrese su nombre en el cuadro de Descripción. No envíe dinero en efectivo, ni envíe por correo electrónico o fax la información de su tarjeta de crédito. Como solicitante, le animamos a considerar cuidadosamente su compromiso de asistir a la escuela y asegurarse de cumplir con los requisitos. Incluso, si cambia de opinión acerca de la escuela o no es elegible para una beca, esta tarifa no será reembolsada. Le invitamos a que nos llame si desea hablar sobre los requisitos o las caminos educativos respaldados por T.E.A.C.H. Llame al 800-783-9322, opción 3 o visite nuestra página Web para más información: http://wisconsinearlychildhood.org/programs/teach/</p>
5	<p>Devuelva la aplicación completa, el Acuerdo de Participación del Programa y la verificación de ingresos a: Email: teach@wisconsinearlychildhood.org Fax: 877-432-7567 Dirección: WECA 2908 Marketplace Dr. Ste 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 T.E.A.C.H. al 608-240-9880 o 800-783-9322, opción 3.</p>
<p>Por favor, llame al 608-729-1064 si tiene preguntas o desea más información sobre el programa de T.E.A.C.H. Early Childhood® WISCONSIN.</p>	

NOTA: Para que su aplicación sea considerada para el semestre de otoño, las solicitudes deben recibirse a más tardar en julio 1; para el semestre de primavera a más tardar en noviembre 1; y para el verano a más tardar en abril 1.

Información del solicitante			Fecha ____/____/____	
Número de Seguro Social (REQUERIDO):				
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 personal:				
Método de Contacto Preferido <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro (puede no estar disponible) _____				
Fecha de Nacimiento: ____/____/____				
Genero: _____		Pronombres: _____		
¿Está legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos (por ejemplo, un ciudadano o nacional de los EE. UU., un residente permanente legal, un extranjero autorizado para trabajar en los EE. UU.)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿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)				
Usted se considera:				
<input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái o Isleño(a) del Pacífico (incluye: Samoan, Chamorro u otra isla del Pacífico) <input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Otro, dos o más razas <input type="checkbox"/> Indio Americano(a) o Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Asiático(a) (incluye: Asiático indio, japonés, chino, coreano, vietnamita, filipino u otro asiático)				
¿Usted se considera Latinx? <input type="checkbox"/> No				
<input type="checkbox"/> Si (incluye: México, Estados Unidos de descendencia Mexicana, Puerto Rico, Cuba, España u otro país de habla hispana)				
¿Preferiría trabajar con un Consejero de Beca Bilingüe? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Por favor, llame al 608-729-1064 si tiene preguntas o desea más información sobre el programa de T.E.A.C.H. Early Childhood® WISCONSIN.				
¿Cómo se enteró del Programa T.E.A.C.H. Early Childhood®?				
<input type="checkbox"/> Presentación <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Es usted un miembro The Registry? <input type="checkbox"/> Si, Numero _____ <input type="checkbox"/> No				

Situación de Empleo	
¿Por cuánto tiempo ha trabajado en el campo de la Primera Infancia? <input type="checkbox"/> Menos de 2 años <input type="checkbox"/> 2-5 años <input type="checkbox"/> 6-10 años <input type="checkbox"/> 10+ años	
¿Cuál es su empleo actual? Si usted tiene múltiples cargos, seleccione el cargo en el cual usted pasa la <u>mayor</u> parte de su tiempo. Seleccione solo UNA casilla. <input type="checkbox"/> Proveedor de Cuidado Familiar <input type="checkbox"/> Maestro(a) (Líder de Grupo – Edad Escolar) <input type="checkbox"/> Asistente de Maestro <input type="checkbox"/> Administrador (Supervisor del lugar – Edad Escolar) - ¿Es usted propietario(a) de la guardería? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Personal Profesional no docente (<i>cargo</i>) _____ <input type="checkbox"/> Personal de Apoyo no docente (<i>puede no ser elegible para la beca</i>) (<i>cargo</i>) _____	
¿Qué edad de grupo enseña usted? (marque las que apliquen) <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Infantes (0-12 meses) <input type="checkbox"/> Niños Pequeños (13-36 meses) <input type="checkbox"/> Preescolares (37 meses-PreK) <input type="checkbox"/> Edad Escolar	
<i>Si usted no sabe las respuestas a las siguientes preguntas, por favor consulte con su supervisor.</i>	
Fecha de inicio del empleo en la actual guardería. Para proveedores de cuidado familiar, la fecha en la que obtuvo la licencia o certificación para proveer cuidado en casa (mes/día/año) _____ / _____ / _____ (REQUERIDO)	
¿Cuántas horas trabaja a la semana? (Se requiere verificación)	¿Cuántos meses trabaja por año?
¿Cuál es su actual salario por hora? (Se requiere verificación)	¿Cuántos niños hay en su salón de clase o en su cuidado familiar?
EDUCACION: el diploma de secundaria o GED se requiere para ser elegible	
Por favor, marque la casilla que mejor describe su nivel más alto de educación: <input type="checkbox"/> No tengo diploma de secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria/GED* <input type="checkbox"/> Algo de escuela superior* <input type="checkbox"/> Certificado de 1 año* <input type="checkbox"/> Grado Asociado (especialidad: _____) <input type="checkbox"/> Licenciatura (especialidad: _____) <input type="checkbox"/> Maestría (especialidad: _____) <input type="checkbox"/> Doctorado	
*Año en que completó la secundaria o GED: _____	
*Nombre de la escuela o institución: _____ Estado: _____	
Por favor marque UNA que describa mejor sus metas educativas: <input type="checkbox"/> Completar una Credencial en Primera Infancia o Edad Escolar <input type="checkbox"/> Tomar algunos cursos en Primera Infancia para obtener o mejorar las habilidades relacionadas con el trabajo <input type="checkbox"/> Completar créditos para reunir los requerimientos de YoungStar <input type="checkbox"/> Completar un Certificado en Primera Infancia, Infantes y Niños Pequeños o Edad Escolar <input type="checkbox"/> Completar un Grado Asociado en Primera Infancia <input type="checkbox"/> Completar un Grado Asociado y transferirme a una escuela de 4 años para completar una Licenciatura <input type="checkbox"/> Completar una Licenciatura en Educación de la Primera Infancia <input type="checkbox"/> completar o renovar una Licencia DPI	
¿Está matriculado en una escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿A cuál escuela le gustaría asistir? _____	¿Cuándo le gustaría comenzar con la beca? <input type="checkbox"/> Otoño <input type="checkbox"/> Primavera <input type="checkbox"/> Verano _____ (año)
NOTA: Para que su aplicación sea considerada para el semestre de otoño, las solicitudes deben recibirse a más tardar en julio 1; para el semestre de primavera a más tardar en noviembre 1; y para el verano a más tardar en abril 1.	

Beca para la que está aplicando: (marque solo una)	
<input type="checkbox"/> Modelo de 3-8 Créditos	<input type="checkbox"/> Credencial de Administrador
<input type="checkbox"/> Credencial para Edad Escolar	<input type="checkbox"/> Credencial sobre Diversidad
<input type="checkbox"/> Credencial de Cuidado Familiar	<input type="checkbox"/> Credencial de Inclusión
<input type="checkbox"/> Credencial de Infantes y Niños Pequeños	<input type="checkbox"/> Credencial de Liderazgo
<input type="checkbox"/> Credencial Preescolar	<input type="checkbox"/> Credencial para Desarrollo de Programas
<input type="checkbox"/> Credencial para Niños que Aprenden Dos Idiomas	<input type="checkbox"/> Grado Asociado
<input type="checkbox"/> Licenciatura (Debe tener un grado asociado o equivalente.)	
¿Cuántos créditos universitarios ha completado? _____ Especialidad: _____	
¿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 sus fuentes de ingresos. <i>Usted DEBE proporcionar una copia de verificación de ese ingreso. Por favor, vea las instrucciones en la página 1 sobre la verificación de ingresos.</i>
Empleador #1 (su programa de cuidado infantil)
Nombre del empleador: _____
Ingresos en el trabajo #1: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 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: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Negada <input type="checkbox"/> Pendiente
Fuentes de Ayuda Financiera #2 (Becas Pell, préstamos para estudiantes, etc.)
Estado de la aplicación: <input type="checkbox"/> Otorgada <input type="checkbox"/> Negada <input type="checkbox"/> Pendiente
¿Algún ingreso personal adicional?: \$ _____ per _____
SU INGRESO PERSONAL TOTAL \$ _____ por año.
SU INGRESO FAMILIAR TOTAL \$ _____ por año.

Lista de verificación:

- Prueba de Ingresos (vea las instrucciones en la pagina 1)
- Acuerdo de participación del programa y hoja de información del programa
- Tarifa de solicitud no reembolsable de \$20 (consulte las instrucciones). **No envíe dinero en efectivo, ni envíe por correo electrónico o fax la información de su tarjeta de crédito.**
- (Solo para cuidados familiares) Hoja de Información sobre Ingresos Mensuales

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 mis gastos educativos.

Firma del Solicitante

Fecha

Este documento es solo una solicitud. Esta aplicación no garantiza que el solicitante recibirá una beca. El solicitante y/o el centro no tienen ninguna obligación referente a esta solicitud, hasta que un contrato sea firmado por todas las partes participantes.

**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 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 la Guardería está de acuerdo con participar de las siguientes maneras:

1. Pagar el 5% del costo de la matrícula de los cursos, por el total de créditos 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 en una de las opciones de la Beca T.E.A.C.H. Early Childhood® WISCONSIN dentro de un año después de que el propietario participe en el programa de becas.

Por favor, seleccione un modelo para indicar la opción que usted prefiere:

Marque uno	Modelo	Créditos	Duración del contrato	Tiempo de Compromiso con el Programa Patrocinador
<input type="checkbox"/>	3-8 Créditos	3-8	3 semestres	6 meses + 6 meses en el programa patrocinador u otro programa regulado en WI
<input type="checkbox"/>	Credencial	9-18	3 semestres (12 créditos) - o - 4 semestres (18 créditos)	12 meses
<input type="checkbox"/>	Grado Asociado	9-18	3 semestres	12 meses
<input type="checkbox"/>		19-30		
<input type="checkbox"/>	Licenciatura	9-18	3 semestres	12 meses + 12 meses en el programa patrocinador u otro programa regulado en WI
<input type="checkbox"/>		19-30		

- ¿Es usted proveedor de cuidado familiar? Sí No
- ¿Tiene su guardería el Programa Kindergarten para niños de 4 años (4K)? (Se define como: la colaboración entre el programa de cuidado infantil y la escuela pública local) Sí No
- Si respondió Sí, ¿El solicitante es maestro del Programa 4K? Sí No
- ¿El solicitante es empleado y es pagado directamente por el distrito escolar? Sí No

Firma del director/propietario

Teléfono

Nombre en letra imprenta del director/propietario

Fecha

Nombre en letra imprenta de la Guardería

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

Nombre de la Guardería (como aparece en la licencia del estado)			
Número de la licencia del programa (número de identificación del lugar)			
¿Participa en YoungStar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Calificación: _____ Proveedor #: _____			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Teléfono () -		Fax () -	
Nombre del director		Número de teléfono del director () -	
Correo electrónico del director			
Preferencia de contacto <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro (podría no estar disponible): _____			
Correo electrónico de la guardería		Página Web de la guardería	
Dirección de la guardería (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
La guardería es: <input type="checkbox"/> Licenciada <input type="checkbox"/> Certificada <input type="checkbox"/> Participa en YoungStar			
Auspicio: (marque uno) <input type="checkbox"/> Con fines de lucro <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Head Start			
¿Tiene su guardería el Programa Kindergarten 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"/> Si <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"/> Pre-K Estatal <input type="checkbox"/> Title 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 <input type="checkbox"/> NAC (guarderías) <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