

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 (requisito)*</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> <p>SU APLICACIÓN NO SERA PROCESADA HASTA QUE SE RECIBA LA VERIFICACION DE INGRESOS</p> |
| 4 | <p>Devuelva la aplicación completa, el Acuerdo de Participación del 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 style="text-align: center;">o</p> <p style="text-align: center;">Correo electrónico: teach@wisconsinearlychildhood.org / Fax: 877-432-7567</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> |
| | <p>T.E.A.C.H. requiere un pago no reembolsable de \$20.00 por la aplicación. Por favor <i>no</i> envíe un pago ahora; nosotros le contactaremos para pagar cuando su aplicación sea procesada.</p> |

Por favor llame al 800-783-9322 extensión 7264 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 (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: | | | | |
| 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"/> Nativo(a) de Hawái o Isleño(a) del Pacífico: <i>(marque uno)</i> | | <input type="checkbox"/> Asiático: <i>(marque uno)</i> |
| <input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano(a) | | <input type="checkbox"/> Samoano | | <input type="checkbox"/> Indio Asiático |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano(a) o Nativo(a) de Alaska. | | <input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro | | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | <input type="checkbox"/> Otro Isleño(a) del Pacífico: _____ | | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Identificado por dos o mas | | | | <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 <i>(marque uno abajo)</i> <input type="checkbox"/> No | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mexicano(a), Mexicano Americano(a), Chicano(a) | | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) | | <input type="checkbox"/> Cubano(a) |
| <input type="checkbox"/> Otro Hispano(a), Latino(a) o de origen Español | | | | |

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

Por favor, llame al 800-783-9322 extensión 7264 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"/> Escuela | <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 ID# _____

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) _____

*Es usted el propietario de la guardería infantil? Si No

¿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 el nivel que mejor describe su educación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No escuela secundaria | <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria/GED * |
| <input type="checkbox"/> Algo de universidad | <input type="checkbox"/> Certificado de 1 año |
| <input type="checkbox"/> Grado asociado (Especialización: _____) | <input type="checkbox"/> Licenciatura (Especialización: _____) |
| <input type="checkbox"/> Masters (Especialización: _____) | <input type="checkbox"/> Doctorado |

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

Nombre de la escuela que emitió su diploma de secundaria o GED:

Estado:

Por favor marque UNA que describa mejor sus metas educativas:

- Completar una Credencial en Primera Infancia o Edad Escolar (*encierra 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"/> Modelo de 3-8 Créditos | <input type="checkbox"/> Grado Asociado | <input type="checkbox"/> Licenciatura* |
| <input type="checkbox"/> Credencial de Infantes y Niños Pequeños | <input type="checkbox"/> Credencial Preescolar | <input type="checkbox"/> C. Después de la Escuela y |
| <input type="checkbox"/> Credencial de Administrador | <input type="checkbox"/> Credencial de Inclusión | Desarrollo Juvenil |
| <input type="checkbox"/> Credencial de Liderazgo | <input type="checkbox"/> C. Desarrollo de Programas | <input type="checkbox"/> Credencial de Cuidado Familiar |

*Debe tener un grado asociado o equivalente para ser elegible a la beca de licenciatura.

¿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.

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.

**Proveedores de Cuidado Familiar y Empleados de Cuidado Familiar
Acuerdo de Participación**

Este acuerdo debe ser llenado por el Propietario del Cuidado Familiar 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 Programa de Cuidado Familiar para cada becario empleado.

Marque uno:

El solicitante es Proveedor(a) de Cuidado Familiar:

Si recibo una beca, Yo me comprometo a cumplir con los siguientes requisitos de participación:

1. Pagar el 10% de los costos de la matrícula y el 25% de los costos de los libros para los cursos, por el total de horas de crédito como se describe abajo.
2. Continuar operando mi cuidado familiar en casa por un año adicional al finalizar exitosamente los cursos del contrato.

El solicitante es empleado de Proveedor(a) de Cuidado Familiar:

En el evento que a _____ se le otorgue una beca, YO me
(nombre del empleado)
comprometo a cumplir con los siguientes requisitos:

- 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.

| Marque uno | Modelo | Créditos | Escuela | Periodo de Compromiso |
|------------|----------------|----------|---|--|
| | 3-8 Créditos | 3-8 | Escuela Técnica de Wisconsin, Escuela Privada o Universidad | 6 meses en el Programa de Cuidado Infantil Familiar; 6 meses en un Programa de Cuidado Infantil regulado en WI |
| | Credencial | 9-18 | Escuela Técnica de Wisconsin, Escuela Privada o Universidad | 1 año en el Programa de Cuidado Infantil Familiar |
| | Grado Asociado | 9-18 | Escuela Técnica de Wisconsin o Escuela Privada | 1 año en el Programa de Cuidado Infantil Familiar |
| | | 19 - 30 | | |
| | Licenciatura | 9-18 | Universidad de Wisconsin o Escuela Privada | 1 año en el Programa de Cuidado Infantil Familiar; 1 año en un Programa de Cuidado Infantil regulado en WI |
| | | 19 - 30 | | |

(Firma del Propietario)

SE REQUIERE LA FIRMA ORIGINAL

(Nombre en letra imprenta)

(Fecha)

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

| | | | |
|--|--------|--|---------|
| Nombre del programa de cuidado infantil (como aparece en la licencia del estado) | | | |
| Número de licencia del programa: (número de identificación del lugar) | | | |
| ¿Participa en YoungStar? <input type="checkbox"/> Si <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 | | Pagina 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 Guardería Infantil 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"/> 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"/> PreK estatal <input type="checkbox"/> Titulo 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 (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 Marketplac 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

Provedora de Cuidado Familiar

Información sobre ingresos mensuales

Instrucciones: esta hoja le ayudará a determinar los ingresos mensuales de su cuidado familiar en casa.

Recuerde, usted DEBE incluir verificación de sus ingresos tales como: copias de los recibos de cada uno de los niños(as) que usted cuida, copias de su declaración de subsidio por cuidado de niños, o una detallada declaración de su tarifa semanal y el número de niños que tiene bajo su cuidado.

INGRESOS

| | | |
|---|--|--|
| 1 | ¿Cuál es la cantidad total que los padres le pagan cada semana? (verificación requerida) | |
| 2 | Multiplique por 4.33 (número de semanas por mes) TOTAL DE PAGOS MENSUALES DE LOS PADRES | |
| 3 | ¿Cuánto fue la cantidad recibida en el último mes, del subsidio de cuidado infantil, por los niños bajo su cuidado? (verificación requerida) | |
| 4 | ¿Cuánto fue el reembolso del Programa de Comidas (CACFP) del último mes? | |
| 5 | Sume las líneas 2, 3, 4, INGRESOS MENSUALES TOTALES | |

GASTOS

¿Cuánto gastó usted por los niños en su cuidado el mes pasado?

| | | |
|----|---|--|
| 6 | Comida | |
| 7 | Juguetes | |
| 8 | Asistente/Substituta | |
| 9 | Suministros | |
| 10 | Transporte (\$.0.32 por milla) | |
| 11 | Costos de capacitación | |
| 12 | Regalos para los niños/familias | |
| 13 | Otros (especifique) | |
| 14 | Sume las líneas 6 a 13 | |
| 15 | INGRESO MENSUAL (LINEA 5) | |
| 16 | RESTE LOS GASTOS MENSUALES (LINEA 14) | |
| 17 | INGRESOS MENSUALES (Ingresos mensuales menos gastos mensuales) Utilice esta cifra para "Ingresos en el Trabajo #1" | |