

CUESTIONARIO PARA EL DESARROLLO ACADÉMICO

Sección 1: Información Personal	
Nombre y Apellido:	
Número de teléfono durante el día (con código de área)	Número de teléfono alternativo (con código de área)
Fecha de Nacimiento (mes/día/año) opcional: ___ / ___ / _____	
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Yo me considero: <input type="checkbox"/> Blanco(a) <u>Nativo(a) de Hawái o Isleño(a) del Pacífico (marque uno a continuación):</u> <u>Asiático(a) (marque uno a continuación):</u> <input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) indio(a) <input type="checkbox"/> Indio Americano(a) o Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Guameño(a) o Chamorro(a) <input type="checkbox"/> Chino(a) Nativo(a) (escriba el nombre de la tribu inscrita o principal): <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico: _____ <input type="checkbox"/> Filipino(a) _____ <input type="checkbox"/> Coreano(a) <input type="checkbox"/> Otro/a: _____ <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Identificado/a por dos o más <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático(a): _____	
Etnicidad: ¿Es usted de origen hispano, latino/a/x o de origen español? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (marque uno): <input type="checkbox"/> Mexicano(a), mexicanoamericano(a) o chicano(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Otro hispano(a), latino/a/x o de origen español	
¿En qué idioma se siente más cómodo/a recibiendo información y servicios de asesoramiento? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	
Sección 2: Información de Empleo	
¿Está trabajando actualmente en el campo de la educación infantil? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si no, pase a la Sección 5	
Sección 3: Historial e información educativa	
¿Es usted miembro del Registry Wisconsin? <input type="checkbox"/> No Si es así, Nivel: Registry ID: _____ 0 <input type="checkbox"/> Si Últimos <u>cinco</u> dígitos del Número de Seguro Social: _____ - _____	
Sección 4: Información del programa de cuidado infantil	
Nombre del programa:	
Dirección del programa (calle, ciudad, estado, código postal):	Condado:

Correo electrónico del programa:

Este programa es: (marque todo lo que corresponda)

- Licenciado. Proporcione el número de licencia: _____
- Certificado. Proporcione su número de proveedor: _____
- Legalmente exento
- Un centro grupal
- Un cuidado infantil familiar
- Un programa para edad escolar

¿Está enviando este cuestionario como parte del proceso de asistencia técnica de YoungStar de su programa?

- No Si Nombre del consultante técnico de su programa: _____

¿Cuál es su posición actual en este programa? (marque uno)

Si ocupa varios puestos, marque el título que refleja cómo pasa la mayor parte de su tiempo.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil familiar | <input type="checkbox"/> Personal profesional no docente: |
| <input type="checkbox"/> Asistente de maestro/a | (posición) _____ |
| <input type="checkbox"/> Maestro/a (Líder de grupo - Edad escolar) | <input type="checkbox"/> Personal de apoyo no docente: |
| <input type="checkbox"/> Administrador/a (Supervisor del sitio - Edad escolar) | (posición) _____ |

Sección 5: Preguntas sobre sus objetivos profesionales

¿Sobre qué temas le gustaría aprender más en el próximo año? (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licencia de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Apoyo financiero para tomar cursos universitarios | <input type="checkbox"/> Incentivos financieros por longevidad en el campo |
| <input type="checkbox"/> Certificación de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> El sistema del Registry | <input type="checkbox"/> CDA (Asociado en Desarrollo Infantil) |
| <input type="checkbox"/> Capacitaciones en mi área | <input type="checkbox"/> Obtener un título o credencial | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Crédito por Aprendizaje Previo (CPL) | <input type="checkbox"/> Licencia de maestro del Departamento de Instrucción Pública de Wisconsin (DPI) | |
| <input type="checkbox"/> Acreditación | | |
| <input type="checkbox"/> Tomar cursos universitarios | | |

¿Cuál es el objetivo más importante que tiene para su educación o capacitación? (marque uno)

- Completar los requisitos de licencia/certificación/acreditación de cuidado infantil
- Cumplir con los requisitos de capacitación/educación continua sin créditos
- Obtener un diploma de equivalencia de GED/escuela secundaria
- Aumentar el nivel de YoungStar y/o del Registry
- Completar uno o algunos cursos universitarios
- Obtener una credencial, un diploma de un año, un título universitario o una licencia de enseñanza del DPI
- No estoy seguro/a

¿Cuál es otro objetivo que tiene para su educación o capacitación? (marque uno)

- Completar los requisitos de licencia/certificación/acreditación de cuidado infantil
- Cumplir con los requisitos de capacitación/educación continua sin créditos
- Obtener un diploma de equivalencia de GED/escuela secundaria
- Aumentar el nivel de YoungStar y/o del Registry
- Completar uno o algunos cursos universitarios
- Obtener una credencial, un diploma de un año, un título universitario o una licencia de enseñanza del DPI
- No estoy seguro/a

¿Qué le dificultaría alcanzar sus objetivos de desarrollo académico? (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No tengo acceso a Internet de alta velocidad | <input type="checkbox"/> No tengo transporte |
| <input type="checkbox"/> El costo es muy alto | <input type="checkbox"/> Me preocupan las necesidades de mi propia familia |
| <input type="checkbox"/> Tardará demasiado en completarse/demasiado trabajo | <input type="checkbox"/> No conozco ninguna oportunidad de capacitación y/o educación superior cerca de mí |
| <input type="checkbox"/> No me siento cómodo/a con la idea de registrarme y tomar cursos en una escuela técnica/universidad | <input type="checkbox"/> Llenar papeleo/formularios |

¿Cómo/dónde aprende mejor? (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cara a cara en un salón de clases, taller o conferencia local/regional/estatal | <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a |
| <input type="checkbox"/> Cursos/capacitaciones en línea | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Qué oportunidades adicionales, si se ofrecen en su área, le ayudarían a crecer profesionalmente? (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje en mi programa con un experto informado | <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a |
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje en mi programa con un mentor | <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa): _____ |

¿Qué le dificultaría alcanzar sus objetivos de desarrollo académico? (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No tengo acceso a Internet de alta velocidad | <input type="checkbox"/> No tengo transporte |
| <input type="checkbox"/> El costo es muy alto | <input type="checkbox"/> Me preocupan las necesidades de mi propia familia |
| <input type="checkbox"/> Tardará demasiado en completarse/demasiado trabajo | <input type="checkbox"/> No conozco ninguna oportunidad de capacitación y/o educación superior cerca de mí |
| <input type="checkbox"/> No me siento cómodo/a con la idea de registrarme y tomar cursos en una escuela técnica/universidad | <input type="checkbox"/> Llenar papeleo/formularios |

¿Qué apoyo y/o recursos adicionales necesita?

¿Hay alguna otra información que le gustaría compartir en este momento?

(Teléfono) 800-783-9322 • (Oficina) 608-240-9880 • (Fax) 877-248-7622

<http://wisconsinearlychildhood.org>

2908 Marketplace Drive • Suite 101 • Fitchburg, WI 53719