

Aplicación para la Beca T.E.A.C.H. Early Childhood® Wisconsin

Instrucciones

1 Complete la aplicación 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.

Como solicitante, se le recomienda que considere cuidadosamente su compromiso de asistir a la escuela y se asegure de cumplir con los requisitos. Incluso si cambia de opinión acerca de la escuela o no es elegible para una beca, este valor no será reembolsado. Contáctenos si desea hablar sobre las elegibilidades o los caminos educativos respaldados por T.E.A.C.H. Llame al 800-783-9322, opción 3 o visite nuestro sitio web para obtener más información.: <https://wisconsinearlychildhood.org/programas/t-e-a-c-h/?lang=es>

2 Complete y devuelva el Acuerdo de Participación del Programa.
Quienes aplican independientemente de su cargo deben incluirlo. Si usted es empleado/a de un programa infantil, usted *debe obtener* el consentimiento de su director/a o representante del programa. Su director/a debe llenar y firmar la página de Acuerdo de Participación del Programa.

3 Envíe la verificación de ingresos con su aplicación completa (requerido)
Su ingreso no afecta su elegibilidad para recibir una beca; sin embargo, se necesita un comprobante de ingresos para demostrar que está cumpliendo con ciertos requisitos para ser elegible.

- Empleados/as de Centros:** una copia de su más reciente talón de cheque o una carta firmada por el/la director/a de su centro, detallando su salario y las horas que trabaja por semana.
- Propietarios/as de Centros:** una copia de su más reciente talón de cheque o su más reciente forma de impuestos "Schedule C".
- Proveedores de Cuidado Infantil Familiar (uno de los siguientes):**
 - Una copia de su más reciente forma de impuestos "Schedule C"
 - Copias de los recibos de pago por cada uno de los/as niños/as bajo su cuidado
 - Una copia del resumen de pagos trimestrales/mensuales del Portal de Proveedores de Cuidado Infantil (CCPP) del mes pasado
 - una carta detallada de su ingreso semanal y el número de niños/as bajo su cuidado



SU APLICACIÓN NO SERÁ PROCESADA HASTA QUE SE RECIBA LA VERIFICACION DE INGRESOS

4 Envíe la aplicación completa, el Acuerdo de Participación del Programa y la verificación de ingresos a:
Subir aplicación: <https://wisconsinearlychildhood.org/programas/t-e-a-c-h/aplicaciones/?lang=es>



Fax: 877-432-7567

Ya no se aceptarán aplicaciones por correo electrónico o correo postal.

¿Preguntas? Llame a T.E.A.C.H. al 800-783-9322, opción 3.

Por favor, llame al 608-729-1071 si tiene preguntas o desea más información sobre el programa T.E.A.C.H. Early Childhood® Wisconsin.

NOTA: Para que su aplicación sea considerada para el semestre de **otoño**, la aplicación debe 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/ITIN (REQUERIDO): - -				
Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido	
Nombre Preferido (si alguno)				
Dirección				
Ciudad	Estado		Código Postal	Condado
Teléfono del Trabajo () -			Número de celular () -	
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: ____ / ____ / ____				
Género: _____		Pronombres: _____		
¿Cuántas personas viven en su casa (incluyéndose usted mismo/a)? _____				
Estructura del hogar: <input type="checkbox"/> Soltero/a, sin niños/as <input type="checkbox"/> Padre/Madre soltero/a o abuelo/a <input type="checkbox"/> Casado/a-Unidos/as, sin niños/as <input type="checkbox"/> Padre/Madre Casado/a-Unido/a o abuelo/a				
Usted se considera:				
<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o Isleño/a del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/a o Afroamericano/a (incluye: Samoan/a, Chamorro u otra isla del Pacífico) <input type="checkbox"/> Indio Americano/a o Nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Otro/a, dos o más razas <input type="checkbox"/> Asiático/a (incluye: asiático/a indio/a, japonés, chino/a, coreano/a, vietnamita, filipino/a u otro asiático/a) <input type="checkbox"/> Otro/a				
¿Usted se considera de origen hispano, latino/a/x o de origen español? <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/a de Beca Bilingüe? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Por favor, llame al 608-729-1071 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/a de mi programa <input type="checkbox"/> Página de Internet <input type="checkbox"/> De otro/a becario/a de T.E.A.C.H. <input type="checkbox"/> Correo Postal <input type="checkbox"/> WEESN <input type="checkbox"/> Agencia CCR&R <input type="checkbox"/> Soy un/a exbecario/a de T.E.A.C.H. <input type="checkbox"/> Seminario <input type="checkbox"/> Colega <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique): _____				
¿Es usted miembro de WECA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Es usted miembro the Wisconsin Registry? <input type="checkbox"/> Si, Numero _____ Nivel _____ <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 cargo 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/a <input type="checkbox"/> Administrador/a (supervisor/a del lugar – edad escolar) - ¿Es usted propietario/a del programa? <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/a <input type="checkbox"/> Infantes (0-12 meses) <input type="checkbox"/> Niños/as Pequeños/as (13-36 meses) <input type="checkbox"/> Preescolares (37 meses-PreK) <input type="checkbox"/> Edad escolar	
Si usted no sabe las respuestas a las siguientes preguntas, por favor consulte con su supervisor/a.	
Fecha de inicio en el empleo actual o proveedores de cuidado familiar, la fecha en la que se 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/as 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 de 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/a en una escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo le gustaría comenzar con la beca?
¿A cuál escuela le gustaría asistir? _____	<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 de desarrollo juvenil y después de la escuela | <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 basada en la naturaleza | <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"/> Beca para el Programa de Aprendizaje (Apprenticeship) | <input type="checkbox"/> Grado Asociado |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura (Debe tener un grado asociado o equivalente.) | |
- ¿Cuántos créditos universitarios ha completado? _____ Especialidad deseada: _____

¿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. ***Usted DEBE proporcionar una copia de verificación de ese ingreso. Por favor, consulte las instrucciones para obtener una explicación sobre la verificación de ingresos.***

Empleador (su programa de cuidado infantil)

Nombre del empleador: _____

Ingresos en el trabajo: \$ _____ Por hora Por semana Por mes

¿Cuántas horas trabaja por semana? _____ ¿Cuántos meses trabaja por año? _____

Fuentes de Ayuda Financiera (Becas Pell, préstamos para estudiantes, etc.)

Estado de la aplicación: Otorgada Negada Pendiente

¿Algún ingreso personal adicional?: \$ _____ por _____

SU INGRESO PERSONAL TOTAL \$ _____ por año.

Lista de verificación:

- Prueba de Ingresos (consulte las instrucciones para obtener una explicación de la verificación de ingresos).
- Acuerdo de Participación del Programa y hoja de información del programa

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

 Firma del Solicitante

 Fecha

**Proveedor/a de Cuidado Familiar o Empleado/a de Cuidado Familiar – Acuerdo de Participación
Programa de Becas T.E.A.C.H. Early Childhood® Wisconsin**

Este acuerdo debe ser llenado por el propietario/a del cuidado infantil 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 de cada becario/a y del programa de cuidado infantil familiar que les emplea.

Marque uno:

El solicitante es proveedor(a) de cuidado infantil familiar:

En el evento de que reciba una beca, yo me comprometo a cumplir con los siguientes requisitos de participación:

1. Pagar el 5% de los costos de la matrícula y el 10% de los costos de los libros para los cursos, por el total de créditos como se describe abajo.
2. Continuar empleado/a según se especifica en la siguiente tabla después de haber terminado con éxito los cursos del contrato.

El solicitante es empleado/a de proveedor(a) de cuidado infantil familiar:

En el evento que a _____ se le otorgue una beca, yo me comprometo a
(Nombre del empleado/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/a. El Tiempo Libre Pagado se proporciona sin importar si hay o no clase durante las horas de trabajo del empleado/a.

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 en el programa de cuidado infantil familiar
<input type="checkbox"/>	Grado Asociado	9-18	3 semestres	12 meses en el programa de cuidado infantil familiar
<input type="checkbox"/>		19-30		
<input type="checkbox"/>	Licenciatura	9-18	3 semestres	12 meses en el programa de cuidado infantil familiar + otros 12 meses en un programa regulado en WI
<input type="checkbox"/>		19-30		

Firma del propietario/a

Correo electrónico

Nombre en letra imprenta del propietario/a

Fecha

Información del Programa Patrocinador Centro/Cuidado Infantil Familiar
(Para ser llenado por el director(a)/administrador(a)/Proveedor(a) 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 # (10 dígitos): _____			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Teléfono () -		Fax () -	
Nombre del director/a		Número de teléfono del director/a () -	
Correo electrónico del director/a			
Preferencia de contacto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro (podría no estar disponible): _____			
Correo electrónico del centro		Página Web del centro	
Dirección del centro (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Dirección de facturación (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
El centro es: <input type="checkbox"/> Licenciada <input type="checkbox"/> Certificada <input type="checkbox"/> Participa en YoungStar			
Auspicio: (marque <input type="checkbox"/> Con fines de lucro <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Head Start			
¿Tiene su centro 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 (centros) <input type="checkbox"/> NAFC (programas familiares) <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Número de niños/as permitidos/as por licencia		Número de niños/as inscritos/as actualmente	
Horas de operación del centro		Edades de los grupos permitidos por licencia	

Envíe la aplicación completa, el Acuerdo de Participación del Programa y la verificación de ingresos a:

Subir aplicación: <https://wisconsinearlychildhood.org/programas/t-e-a-c-h/aplicaciones/?lang=es>



Fax: 877-432-7567

Ya no se aceptarán aplicaciones por correo electrónico o correo postal.

¿Preguntas?

Contacte a T.E.A.C.H.

800-783-9322, opción 3

teach@wisconsinearlychildhood.org