

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"> • Hoja de Ingresos Mensuales -Y- • Verificación de Ingresos (uno 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 "MyWICChildCare" ▪ 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 style="text-align: center;">Devuelva la aplicación completa, el Acuerdo de Participación del Programa y la verificación de T.E.A.C.H. Early Childhood® WISCONSIN Wisconsin Early Childhood Association 2908 Marketplace Dr. Ste 101 Fitchburg, WI 53719</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p style="text-align: center;">Email: 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 T.E.A.C.H. al 608-240-9880 o 800-783-9322, opción 3.</p> |



T.E.A.C.H. requiere un pago no reembolsable de \$20.00 por la aplicación. Por favor *no* envíe un pago ahora; nosotros le contactaremos para pagar cuando su aplicación sea procesada.

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 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: | | | | | |
| Método de Contacto Preferido <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro (puede no estar disponible) _____ | | | | | |
| Fecha de Nacimiento: ____/____/____ | | | | Genero: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| ¿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) | | | | | |
| ¿Cómo se considera usted? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Blanco(a) | | Nativo(a) de Hawái o Isleño(a) del Pacífico | | Asiático | |
| <input type="checkbox"/> Negro(a) o Afroamericano(a) | | <input type="checkbox"/> Samoan | | <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"/> No, hispano(a), latino(a) o de origen español | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Si, mexicano (a), mexicano americano(a) chicano(a) <input type="checkbox"/> Si, puertorriqueño(a) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Si, cubano (a) <input type="checkbox"/> Si, otro hispano(a), latino(a) o de origen español: _____ | | | | | |
| ¿Preferiría trabajar con un Consejero de Beca Bilingüe? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 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-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) |

| 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 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.) |

¿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. <u>Usted DEBE proporcionar una copia de verificación de ese ingreso. Por favor, vea las instrucciones en la página 1 sobre la verificación de ingresos.</u> |
|--|
| 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 #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
- (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.

**Proveedor de Cuidado Familiar o Empleado 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 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 de cada becario y del programa de cuidado infantil familiar.

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 empleado según se especifica en la siguiente tabla después de haber terminado con éxito 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 comprometo a

(Nombre del empleado)

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.

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 | | |

(Firma del Propietario)

(Nombre en letra imprenta)

(Fecha)

**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"/> 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 |

Proveedora de Cuidado Familiar

Información sobre ingresos mensuales

Instrucciones: esta hoja le ayudará a determinar los ingresos mensuales de su cuidado infantil familiar. Para cada pregunta, use la cantidad que hizo o gastó el mes pasado.

Recuerde, usted DEBE incluir verificación de sus ingresos tales como: copias de los recibos de cada uno de los niños que usted cuida, copias de su declaración de subsidio por cuidado de niños, o una declaración detallada 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 (MyWICChildcare), por los niños bajo su cuidado? | |
| 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" | |