

¿Cuándo le gustaría empezar (circule uno y ponga el año)?

OTOÑO PRIMAVERA VERANO _____

Año

Solicitud de Beca de Título de Asociado en Niñez Temprana proveedores de Cuidado Infantil Familiar Certificados con DES

Información General

NOMBRE: _____ # SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GENERO: _____ Masculino _____ Femenino

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

CONDADO: _____

NUMEROS DE TELEFONO – Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

ESTATUS DE TRABAJO:

- ¿Cual es su puesto? _____
- ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____
- ¿Fecha de inicio de trabajo en el trabajo actual? _____ / _____ / _____
- ¿A que grupos de edades enseña? _____
- ¿Numero de niños en su salón u hogar de cuidado infantil? _____
- ¿Cual es su sueldo por hora actual? _____

ESTRUCTURA FAMILIAR:

- ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____
- Enumere a cada persona de su casa y su relación con usted:

Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____

GRUPO ETNICO:

_____ Blanco/Europeo Americano _____ Negro/Afro Americano _____ Hispano/Latino/Latina
 _____ Asiático/Isla del Pacifico _____ Indio Americano (Tribu: _____)
 _____ Bi-racial _____ Otro: _____

¿Como supo sobre el Programa T.E.A.C.H. Niñez Temprana®?

¿Cuántos años ha trabajado en la Profesión de Educación y Cuidado Temprano? _____

Información Educativa

HIGH SCHOOL/PREPARATORIA

NOMBRE:	FECHAS QUE ASISTIO:	¿DIPLOMA RECIBIDO? ____ Si ____ No	¿RECIBIO G.E.D.? ____ Si ____ No
----------------	----------------------------	--	--

COLEGIO/UNIVERSIDAD

NOMBRE:	FECHAS QUE ASISTIO:	ESPECIALIDAD:	TITULO U HORAS DE CREDITO
----------------	----------------------------	----------------------	----------------------------------

¿Qué colegio comunitario le gustaría asistir (no abrevie)?

¿Está inscrito actualmente en algún programa de Título de Niñez Temprana en Arizona??

____ Si ____ No

Si contestó si, ¿cual colegio? _____

Si contestó si, ¿por cual acreditación o título está usted trabajando?

____ Acreditación Nacional CDA ____ Título de Asociado

Describa que tanto ha avanzado hacia su título:

¿Ha solicitado alguna otra ayuda financiera, tales como Pell Grants, becas o prestamos a estudiantes?

____ Si ____ No Si contestó si, por favor complete abajo #1.

1) Fuente de ayuda financiera: _____

Fecha de solicitud: _____ Estado de Solicitud: ____ Concedida* ____ Negada ____ Pendiente

**si fue concedida, por favor provea una copia de su carta de concesión.*

¿Está participando actualmente en el Proyecto DES Professional Career Pathway? ____ Si ____ No

¿Cuales son sus metas profesionales en educación a niñez temprana? Describa como un título le ayudara a lograr estas metas. Asegúrese de incluir sus metas de carrera a largo plazo.

¿Hay algo que a usted le gustaría que consideráramos cuando revisemos su solicitud?

Declaración de Ingreso Familiar: Proveedores de Cuidado Infantil Familiar Solamente

Instrucciones: Para ingreso, use la cantidad que generó el mes pasado. Para gastos, use la cantidad que gastó en un mes promedio. Redondee al dólar más cercano. USE LAPIZ.

Use la hoja de trabajo de Ingreso/Pago incluida con esta aplicación O someta una lista de los primeros nombres de los niños y la cantidad pagada SEMANALMENTE por cada niño por los padres, la cantidad MENSUAL de agencia de subsidio por cada niño y la cantidad de reembolso MENSUAL por el Programa de Comida USDA (si aplica).

1.	¿Cual es la cantidad total pagada a usted por los padres cada semana? \$ _____ (Multiplique por 4.33 que es el número de semanas en un mes)	x 4.33
2.	PAGO TOTAL MENSUAL DE PADRES	\$ _____
3.	¿Cuanto es su reembolso de Programa de Comida USDA por mes?	\$ _____
4.	¿Cuanto Subsidio de Cuidado Infantil de DES recibe usted por niños en su cuidado al mes?	\$ _____
5.	INGRESO TOAL MENSUAL (sume líneas 2, 3 y 4)	\$ _____
6.	En un mes promedio, ¿Cuánto gasta en los niños en su hogar de cuidado infantil? (no necesita mandar recibos)	\$ _____
a.	Comida (alimentos, bocadillos, formula)	\$ _____
b.	Costos operativos* (renta/hipoteca y servicios permitidos por IRS como gastos de negocio – aproximadamente 35% del total de los gastos domésticos para renta/hipoteca, servicios y seguros de dueños de casa es cargable a su negocio, o revise con su contador)	\$ _____*
c.	Asistente o sustituto	\$ _____
d.	Manualidades /provisiones/juguetes/regalos	\$ _____
e.	Transportación* (\$0.485 por milla) (_ total millas x .485)	\$ _____*
f.	Colegiatura/cuotas de entrenamiento* (10% de total anual dividido por 12 meses)	\$ _____*
g.	Seguro de Responsabilidad Civil de Negocio (total anual dividido por 12 meses)	\$ _____*
h.	Teléfono de negocio (celular de negocio o numero aparte)	\$ _____
i.	Otro (currículo, anuncios, etc. – especifique): _____	\$ _____
7.	GASTOS TOTALES MENSUALES (sume líneas 6a a 6i)	\$ _____
8.	GANANCIA/PERDIDA MENSUAL TOTAL (Reste Gastos Mensuales Totales, Línea 7, del Ingreso Total Mensual, línea 5)	\$ _____

Para su información, para determinar la tarifa por hora que gana, divida Ganancia/Perdida Mensual Total por el número de horas que trabaja por mes (número de horas por semana multiplicado por 4.33 semanas en un mes.)

*Ver Hoja de Trabajo Mensual de Gastos Operativos de Negocio incluida.

DECLARACION Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Yo doy fe del hecho de que la información que he provisto es cierta y correcta. Basado en esta información, estoy solicitando al Programa T.E.A.C.H. Niñez Temprana® una beca para ayudar a pagar el costo de cuota de evaluación de la Acreditación Nacional CDA.

Firma del Solicitante

Fecha

ACUERDO DE PARTICIPACION

La Beca de Título de Asociado ofrecida a través del Programa T.E.A.C.H. Niñez Temprana® requiere lo siguiente:

En el evento de que se me conceda una beca, estoy de acuerdo en:

- pagar 10% de colegiatura por cursos con un total 9-15 horas créditos en un colegio comunitario local.
- Pagar 10% del costo de libros por cursos con un total 9-15 horas de crédito en un colegio comunitario local.
- Completar 9-15 horas de crédito en Programa de Educación de Niñez Temprana durante un periodo de 12-meses.
- Continuar la operación de mi hogar de cuidado infantil familiar como un local con licencia por un (1) año después de haber cumplido el contrato anual.
- Concederme a mi mismo un bono de \$350 habiendo cumplido exitosamente mi contrato anual.

Firma de Participante

Nombre Impreso

Nombre del Hogar de Cuidado Infantil

Numero de Licencia

Correo Electrónico

Fecha

**Regrese a:
Association for Supportive Child Care
T.E.A.C.H. Early Childhood® ARIZONA
3910 South Rural Road, Suite E
Tempe, AZ 85282**