

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

OTOÑO PRIMAVERA VERANO _____

Año

Solicitud de Beca de Título de Asociado en Niñez Temprana Maestros de Centro de Cuidado Infantil/Proveedores de Grupo de Casa DHS

Por favor marque una (1) caja Maestro de Centro de Cuidado Infantil Proveedor de Grupo de Casa Certificado con DHS

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 algún colegio comunitario en Arizona?

____ Si ____ No

Si contesto Si, ¿cual colegio? _____

Si contesto Si, ¿por cuál acreditación o título está usted trabajando?

____ Acreditación Nacional CDA ____ Título de Asociado

Describa que tanto ha avanzado hacia su título:

¿Cuales son sus metas profesionales en educación a niñez temprana? Describa como un titulo 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

INSTRUCCIONES

Enumere fuentes de ingreso disponibles para usted. Para su fuente de ingreso, debe proveer copia de la verificación de ese ingreso. Una declaración de su empleador indicando sus horas y tarifa de pago, o el más reciente talón de cheque, verificara ingreso de un empleo.

INGRESO DEL SOLICITANTE

Empleador: _____

Ingresos: _____ *por* _____ Horas/Semana: _____

¿Cuantos meses por año trabaja? _____

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

____ Si ____ No Si contesto si, por favor complete 1 y 2 abajo.

1) Fuente de ayuda financiera #1: _____

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

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

2) Fuente de ayuda financiera #2: _____

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

¿Cuál es su ingreso anual total? _____ \$

¿Cual es el ingreso total familiar (incluido su esposo/a)? _____ \$

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 gastos educativos para un Título de Asociado en Educación de Niñez Temprana.

Firma de Solicitante

Fecha

POR FAVOR ADJUNTE COPIA DE SU TALON DE CHEQUE MAS RECIENTE AQUI

Acuerdo de Participación del Centro

Este acuerdo debe ser completado por el director del centro, dueño o presidente de consejo.

La Beca de Título de Asociado ofrecida a través del Programa T.E.A.C.H. Niñez Temprana® requiere la participación de cada programa de cuidado infantil empleador del receptor de beca.

En el evento de que a _____ (inserte el nombre del solicitante) se le conceda una beca, entiendo que el centro/grupo en casa está de acuerdo en participar en una de las siguientes maneras. (Por favor marque una para indicar que opción prefiere).

Option #1 – Opción de Aumento (AT1)

1. Pague 10% del costo de colegiatura por cursos con un total de 9-15 horas de crédito en un colegio comunitario local por la beca del empleado.
2. Proveer tiempo fuera de trabajo pagado cada semana para mi empleado con beca. La cantidad de tiempo fuera pagado es igual que el número de horas de crédito que el empleado está tomando hasta un máximo de seis horas por semana. Tiempo fuera de trabajo se proveerá cuando el colegio este en sesión. T.E.A.C.H. subsidiará tiempo fuera de trabajo hasta seis (6) horas por semana a \$4.50 por hora
3. Al final del contrato y habiendo cumplido de 9-15 créditos emita un aumento de 2% basado en el salario actual del empleado.

Opción #2 – Opción de Bono (AT2)

1. Pague 10% del costo de colegiatura por cursos con un total de 9-15 horas de crédito en un colegio comunitario local por la beca del empleado.
2. Proveer tiempo fuera de trabajo pagado cada semana para mi empleado con beca. La cantidad de tiempo fuera es igual que el número de horas de crédito que el empleado está tomando hasta un máximo de seis horas por semana. Tiempo fuera de trabajo se proveerá cuando el colegio este en sesión. T.E.A.C.H. subsidiará tiempo fuera de trabajo hasta seis (6) horas por semana a \$4.50 por hora.
3. Al final del contrato y *habiendo cumplido* 9-15 horas de crédito, conceda un bono de \$350.00.

Nombre del Centro

de Licencia

Dirección del Centro (Calle, Ciudad, Estado and Código Postal)

Correo Electrónico

Firma, Título

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**