

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

OTOÑO PRIMAVERA VERANO _____

Año

Solicitud de Beca de Evaluación de Asociado en Desarrollo Infantil (CDA)

Favor de marcar una (1) caja: Director de Centro Maestro de Centro Proveedor de grupo de Casa Proveedor de Cuidado Infantil Familiar

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: _____

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

Solicitud de Beca de Cuota de Evaluación de Asociado en Desarrollo Infantil (CDA)

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

Esta su programa participando en *Quality First!*? ____ Si ____ No

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

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
---------	---------------------	---------------	---------------------------

¿Está actualmente trabajando en un curso para su CDA Nacional? ____ Si ____ No

Si contesto si, nombre del colegio: _____

¿Cuándo planea solicitar la Evaluación para CDA? *Debe solicitar dentro de seis meses de distribuir sus cuestionarios a padres de familia, reunir su archivo de recursos y completar su observación inicial.*

Planeo solicitar la Evaluación de CDA nacional para _____ (por favor ponga fecha, mes y año).

¿Ha mandado su Solicitud de Evaluación de CDA Nacional a Washington D.C.? ____ Si ____ No

Si contestó si, ¿sometió la cuota de solicitud? ____ Si ____ No

Si usted necesita un paquete de solicitud de CDA, por favor contacte al Consejo de Reconocimiento Profesional al 1-800-424-4310.

Declaración de Ingreso Mensual: Solicitante de Beca de Centro de Cuidado Infantil

INSTRUCCIONES: Enumere fuentes de ingreso disponibles a usted. Para su fuente de ingreso, debe proveer una copia de verificación de ese ingreso. Una declaración de su empleador indicando sus horas y tarifas de pago, o el talón de cheque más reciente, verificará ingresos de un empleo.

Empleador: _____

Ingresos: _____ *por* _____ Horas/Semanas: _____

¿Cuántos meses al año trabaja? _____

¿Cual es su ingreso anual (por favor someta una copia de su más reciente talón de cheque)? \$ _____

¿Ingreso total familiar (por favor incluya su esposo(a) y cualquier ingreso adicional que usted pueda recibir)? \$ _____

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 de Solicitante

Fecha

Monthly Income Statement: Family Child Care Providers Only

Instrucciones: Para ingreso, use la cantidad que generó el mes pasado. Para gastos, use la cantidad que gasto 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

**Solicitud de Beca de Cuota de Evaluación de Asociado
en Desarrollo Infantil (CDA)**

ACUERDO DE PARTICIPACION

El Programa de Beca de Evaluación de Asociado en Desarrollo Infantil (CDA) 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 15% de \$325.00 de la Cuota de Evaluación
- Completar todos los pasos necesarios previos a tomar la Evaluación de CDA
- Comprometerme a permanecer empleado por al menos seis (6) meses en mi centro u hogar de cuidado infantil familiar patrocinador después de haber completado la Evaluación de CDA.

Firma del Participante

Nombre Impreso

Nombre de Centro u Hogar de Cuidado Infantil

Número de Licencia

Dirección de Centro u Hogar de Cuidado Infantil

Ciudad

Estado

Código Postal

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**