

BECA PARA EL APRENDIZAJE TEMPRANO**SOLICITUD DE BECAS PARA EL APRENDIZAJE TEMPRANO - PATHWAY I****INFORMACIÓN DEL NIÑO (NIÑOS QUE SOLICITAN BECA)**

Llene las siguientes secciones para todos los niños que solicitan una beca y que viven en la misma dirección. Haga copias de esta página si desea añadir a más niños. Se consideran hermanos a los niños que comparten uno o dos padres a través de lazos consanguíneos, matrimonio o adopción, incluidos los hermanos como lo define el código o la costumbre tribal del menor.

NIÑO UNO

*PRIMER NOMBRE LEGAL:	*SEGUNDO NOMBRE LEGAL (Deje en blanco si no tiene):	*APELLIDO LEGAL:
*FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):		*SEXO (Marque uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
RAZA (Opcional – Marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de las islas del Pacífico o indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Indio americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		ETNICIDAD (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No hispano / Latino
¿¿Cuál es el Nombre del programa de aprendizaje temprano en que su hijo está registrado ahora? (si lo está)		Número de teléfono del programa de aprendizaje temprano:
¿NECESITA AYUDA PARA ELEGIR UN PROGRAMA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está este niño actualmente en cuidado de crianza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NIÑO DOS (El hermano menor debe asistir al mismo programa que un hermano de 3 o 4 años de edad.)

*PRIMER NOMBRE LEGAL:	*SEGUNDO NOMBRE LEGAL (Deje en blanco si no tiene):	*APELLIDO LEGAL:
*FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):		*SEXO (Marque uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
RAZA (Opcional – Marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de las islas del Pacífico o indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Indio americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		ETNIA (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No hispano / Latino
¿Está este niño inscrito en el mismo Programa de Aprendizaje Temprano como el NIÑO UNO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está este niño actualmente en cuidado de crianza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NIÑO TRES (El hermano menor debe asistir al mismo programa que un hermano de 3 o 4 años de edad.)

*PRIMER NOMBRE LEGAL:	*SEGUNDO NOMBRE LEGAL (Deje en blanco si no tiene):	*APELLIDO LEGAL:
*FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):		*SEXO (Marque uno): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
RAZA (Opcional – Marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de las islas del Pacífico o indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Indio americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		ETNIA (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No hispano / Latino
¿Está este niño inscrito en el mismo Programa de Aprendizaje Temprano		¿Está este niño actualmente en cuidado

como el NIÑO UNO y DOS?

Sí No

de crianza?

Sí No

INFORMACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES

A fin de completar esta solicitud, usted debe ser uno de los padres o el tutor legal de los niños que solicitan una Beca para el Aprendizaje Temprano – Pathway I. Nota: Si el menor está en cuidado sustituto, sírvase indicar en la sección "Dirección domiciliaria" a continuación, el nombre y la dirección de la agencia que supervisa la colocación en cuidado sustituto.

*PRIMER NOMBRE LEGAL:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	*APELLIDO LEGAL:
*PARENTESCO CON EL NIÑO: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Otro:		
*DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	*CIUDAD:	*CÓDIGO POSTAL:
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente a la dirección domiciliaria):	CIUDAD:	CÓDIGO POSTAL:
*FECHA DE NACIMIENTO (si es menor de 21 años) (DD/MM/AAAA):	*CONDADO:	
*NÚMERO DE TELÉFONO:	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		

SITUACIÓN RESIDENCIAL

¿Está su familia actualmente residiendo en alguno de los siguientes? Marque cualquiera que corresponda.

- Albergue Temporalmente compartiendo con otra familia o con amigos debido a las dificultades económicas
 En el automóvil, afuera, en un espacio público, en un hotel o motel debido a la falta de vivienda

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? Marque uno:

- Menor a la secundaria Escuela secundaria o GED (Desarrollo Educativo General)
 Estudios universitarios incompletos sin título Título universitario o superior

INFORMACIÓN DE EMPLEO

¿Cuál es su situación laboral actual? Marque uno:

- Empleado a tiempo completo (por lo menos 25 horas por semana)
 Empleado a tiempo parcial (menos de 25 horas por semana)
 Desempleado, busca empleo Desempleado, no busca empleo

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Qué idioma habla su familia en casa con más frecuencia?

- Inglés Español Somalí Hmong Vietnamita
 Otro:

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Hay algún otro adulto que usted desea incluir en esta solicitud? (Al incluir a esta persona, usted da su consentimiento para que el Administrador Regional de la Beca se comunique con esta persona para tratar la información en esta solicitud.)

PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	APELLIDO:
*NÚMERO DE TELÉFONO:		PARENTESCO CON USTED:

- For RA Use Only -

If family was referred by a federally recognized Tribe, please indicate which:

INFORMACIÓN DEL INGRESO FAMILIAR

DOCUMENTACIÓN IMPORTANTE QUE DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD

- Si elige la "OPCIÓN 1" – DEBE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS QUE DEMUESTRAN LA PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA FINANCIADO CON FONDOS PÚBLICOS (por ejemplo, una copia de una carta oficial o un formulario de autorización del programa público).
- Si elige la "OPCIÓN 2" - DEBE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS QUE DEMUESTREN ELEGIBILIDAD DE INGRESOS Y COMPROBANTE VÁLIDO DE INGRESOS (por ejemplo, un formulario reciente de impuestos, formulario W-2, los dos talones de pago más recientes, una declaración/documento de ayuda financiera o un certificado por parte de un empleador o compañía en papel membretado de la empresa).

OPCIÓN 1: ¿ESTÁ PARTICIPANDO O RECIBE ACTUALMENTE UNO DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP) | <input type="checkbox"/> Programa de Cuidado Alimentario para Niños y Adultos (CACFP) por ingreso familiar |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Cuidado de Menores (CCAP) | <input type="checkbox"/> Head Start |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) | <input type="checkbox"/> Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias |
| <input type="checkbox"/> Programa de Almuerzo Gratis o a Precio Reducido (FRLP) | <input type="checkbox"/> Cuidado sustituto |

- SI MARCÓ CUALQUIER PROGRAMA EN LA OPCIÓN 1 ARRIBA Y PUEDE PROVEER DOCUMENTACIÓN, PASE A LA PAGINA 4.
- SI SUS HIJOS **NO** ESTÁN ACTUALMENTE PARTICIPANDO EN UNO DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS QUE FIGURAN EN LA OPCIÓN 1 - ENTONCES DEBE COMPLETAR LA OPCIÓN 2

OPCIÓN 2: SI HA OPTADO POR VALIDAR LA ELEGIBILIDAD DE INGRESOS, LLENE LAS SIGUIENTES SECCIONES

Enumere todas las fuentes de ingresos en las siguientes secciones. Incluya a todos los niños (A) y adultos (B) que viven en su hogar, incluso si no tienen parentesco; si ellos contribuyen con los ingresos y gastos; inclúyase usted; incluya a cualquier miembro de la familia que esté temporalmente ausente; por ejemplo, un estudiante universitario. Escriba la frecuencia con que se recibe cada ingreso: Semanal (W), cada dos semanas (BW), dos veces al mes (TM), mensual (M), o anual (Y). **No escriba un salario por hora.** Si los ingresos fluctúan, anote la cantidad que se recibe normalmente. Para trabajadores de granja o por cuenta propia, enumere el ingreso neto (lo que lleva a casa).

Paso A. Enumere a todos los niños en su hogar. Total de niños: _____

Primer nombre	Apellido	Edad:	Ingreso regular recibido para este niño (por ejemplo, ingresos del Seguro Social)
			\$ por
			\$ por
			\$ por

Paso B. Enumere a todos los adultos en su hogar, parientes y no parientes. Total de adultos: _____

Primer nombre	Apellido	√ si no tiene ingreso	Salarios brutos (antes de las deducciones)	Pensión, SSI, Jubilación, Seguro Social	Asistencia Pública, Manutención de menores, Pensión alimenticia	Desempleo, Compensación laboral, Beneficios de huelga	Otros ingresos, incluidos empleos de granja o por cuenta propia netos
			\$ por	\$ por	\$ por	\$ por	\$ por
			\$ por	\$ por	\$ por	\$ por	\$ por
			\$ por	\$ por	\$ por	\$ por	\$ por

Paso C. Prueba de ingresos. Adjunte prueba de todos los ingresos de cada miembro del hogar que aparecen en la tabla anterior. Se acepta como prueba de ingresos un formulario de impuestos reciente, un formulario W-2, los dos talones de pago más recientes, un certificado de ayuda financiera o un certificado emitido por un empleador en papel membretado de la empresa.

ACUERDO Y CONSENTIMIENTO

ACUERDO DE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS

Sírvase escribir sus iniciales en cada ítem a continuación para confirmar que ha leído y está de acuerdo con los requisitos.

A fin de calificar para una Beca para el Aprendizaje Temprano, debe escribir sus iniciales en cada uno de los ítems.

- _____ Mi hijo de tres a cinco años de edad debe completar una evaluación de la primera infancia o preescolar dentro de los 90 días calendario de recibir o iniciar un programa con una beca. Entiendo que no es necesaria una evaluación para niños menores de tres años de edad, a menos que el niño cumpla tres años durante el tiempo que está recibiendo la beca. Con el fin de verificar que la evaluación ha tenido lugar, seleccione una de las 2 siguientes opciones:
- _____ El Administrador Regional de la beca tiene mi permiso para comunicarse con la oficina del distrito escolar para validar el lugar y la fecha de la evaluación.
- _____ De acuerdo con mis registros, la evaluación de mi hijo se completó en: _____ (lugar) el _____ (fecha).
- _____ Mi hijo será elegible para recibir una beca hasta que esté en edad de ser elegible para el jardín de infancia (kindergarten), siempre y cuando haya disponible financiamiento estatal. (Ningún niño recibirá más de una beca en un periodo de 12 meses.)
- _____ Notificaré al Administrador Regional cuando mi hijo deje de asistir al programa donde estamos utilizando la beca, y cumpliré con el plazo de notificación requerido por el contrato/acuerdo del programa.
- _____ Si cambio de domicilio notificaré al Administrador Regional.
- _____ Mi hijo debe estar inscrito en el programa participante Parent Aware en un plazo de 10 meses después del otorgamiento de la Beca para el Aprendizaje Temprano, de lo contrario, se le cancelará la beca. A partir del 1 de julio de 2016, los programas deben tener una calificación de 3 o 4 estrellas a fin de ser elegibles para recibir becas.
- _____ Si mi proveedor ya no participa en Parent Aware, o no recibe una calificación de 3 o 4 estrellas al 1 de Julio de 2016, es posible que no pueda continuar usando la Beca para el Aprendizaje Temprano de ese programa. De ser así, el Administrador Regional puede ayudarme a escoger un nuevo programa.
- _____ La información en esta solicitud es verdadera y se ha informado el ingreso de todos los miembros del hogar. Entiendo que si proporciono información falsa deliberadamente, mi hijo puede perder la beca y yo tendré que reembolsar al estado los fondos ya pagados.

CONSENTIMIENTO OBLIGATORIO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Usted **debe** otorgar su consentimiento a todas las siguientes cinco declaraciones para participar en el programa de becas. Por favor **escriba sus iniciales en cada una** para confirmar que ha leído y está de acuerdo con cada declaración.

- _____ La información de esta solicitud es verdadera, y se reportaron todos los ingresos de los miembros del hogar. Entiendo que si proveo información falsa deliberadamente, mi hijo puede perder la beca y yo tendré que reembolsar al estado los fondos ya pagados.
- _____ El Administrador Regional de la beca puede compartir con el Proveedor el nombre, dirección, fecha de nacimiento y sexo de mis hijos y mi nombre y dirección como aparece en la solicitud, así como cualquier monto de la beca el cual mi hijo se considera elegible y la fecha de adjudicación. Esto es necesario para garantizar la exactitud entre la información de la solicitud de la beca y el formulario de inscripción en el programa.
- _____ El Administrador Regional de la beca puede compartir el nombre, dirección, fecha de nacimiento y sexo de mi(s) hijo(s) y mi nombre y dirección como aparece en la solicitud con (1) mi distrito escolar local, con el objeto de asignar a mi hijo un número único de Identificación de Estudiante a nivel del Estado (SSID) para ser utilizado por el Administrador Regional y (2) el Departamento de Educación de Minnesota (MDE) para identificar a mi hijo y validar los pagos de la beca.
- _____ El Departamento de Educación de Minnesota puede compartir mi información y la elegibilidad de mis hijos y el uso de becas con otros organismos y programas gubernamentales, incluyendo, pero no limitado a: el Programa de Asistencia para Cuidado de Menores (CCAP), Cuidado sustituto, MFIP, SNAP, Head Start, Almuerzo gratis o a precio reducido, y Programa de Cuidado Alimentario para Niños y Adultos. Estos organismos también pueden compartir información acerca de mi elegibilidad y la de mis hijos en el uso de la asistencia con el Departamento de Educación de Minnesota. Esta información puede ser utilizada para verificar la elegibilidad de ingresos de mi familia para becas y para supervisar

el uso de las becas y otros programas de asistencia pública. Entiendo que el consentimiento para compartir mi información permanece vigente durante 6 meses después de que termine mi beca.

_____ El Administrador Regional de la beca puede compartir esta información con el MDE. Mi nombre y dirección; información demográfica, nivel de instrucción de los padres; información de ingresos; la elegibilidad de mi hijo y el monto de cualquier Beca para el Aprendizaje Temprano; el programa para el cual uso mi beca; el número de SSID de mi hijo; y si he cumplido o no con los requisitos del programa. Esta información es necesaria para revisar la elegibilidad, la ejecución del programa, y para cumplir con la ley del estado que autoriza el programa.

Nota: No tengo que otorgar mi consentimiento para que se comparta mi información, pero si elijo no hacerlo, entiendo que mis hijos no podrán participar en el Programa de Becas para el Aprendizaje Temprano. La información que se divulgará no incluye los documentos de apoyo adjuntos a esta solicitud.

CONSENTIMIENTO **OPCIONAL** PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y PARTICIPAR EN UNA EVALUACIÓN

Sírvase escribir sus iniciales para confirmar que ha leído y está de acuerdo con lo siguiente. ***Este consentimiento es opcional y no es obligatorio para recibir una beca.***

_____ El Administrador Regional de la Beca o el MDE puede compartir información de mi solicitud, la elegibilidad de mi hijo y la cantidad de cualquier beca de aprendizaje temprano, y el programa donde utilicé mi beca, con los evaluadores autorizados de programas del MDE con el propósito de analizar cómo se invierten los fondos, cómo las familias se informan acerca del programa y el impacto del programa en el desarrollo del niño o la preparación escolar, la calidad de los programas de educación temprana en que se utilizan las becas, y otras evaluaciones que el MDE consideren pertinentes. Ningún informe público incluirá información específica que identifique a un niño en particular.

ADVERTENCIA TENNESSEN DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE MINNESOTA

¿Qué información solicitamos?

Toda la información de la solicitud del programa de Becas para el Aprendizaje Temprano – Pathway I. Parte de esta información puede considerarse información confidencial en virtud de la ley de Minnesota.

¿Por qué le solicitamos esta información?

La información en esta solicitud es necesaria para postular al programa de Becas para el Aprendizaje Temprano – Pathway I. La información obtenida aquí, y cualquier otra información relacionada, la utilizaremos a fin de determinar la elegibilidad para el programa. Esta información es necesaria para cumplir con la ley estatal que autoriza el programa.

¿Estoy obligado a proveer estos datos?

Usted no tiene una obligación legal de proveer los datos solicitados; no obstante, sin esa información no podemos determinar la elegibilidad de su hijo y éste no recibirá una beca.

¿Quién más puede ver esta información?

Como se describe en el consentimiento anterior, es necesario proveer su consentimiento para compartir su información con el proveedor que usted elija en su distrito escolar de residencia y con el Departamento de Educación de Minnesota. Si usted provee consentimiento opcional, un tercero independiente evaluará la eficacia del programa de becas por nosotros. Todas estas entidades, incluyendo el evaluador tienen la obligación de regirse por las prácticas de datos y las leyes de privacidad y no debe compartir sus datos con nadie excepto como se describe aquí y en el consentimiento. El evaluador no debe compartir sus datos con nadie excepto con el MDE.

También podemos entregar los datos que nos ha proporcionado al auditor legislativo, al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota o a otras agencias con autoridad legal para acceder a la información, o a cualquier persona autorizada por una orden judicial.

¿De qué otra manera se podría utilizar esta información?

Solo podemos utilizar o divulgar esta información como se indica en este aviso, a menos que usted nos dé una autorización por escrito para divulgar la información con otro propósito o a otra persona o entidad. La información puede ser utilizada para otro propósito si el Congreso de EE.UU. o la Legislatura de Minnesota promulga una ley que lo permita o requiera.

¿Por cuánto tiempo se conservarán mis datos?

Sus datos se conservarán por siete años como mínimo.

ACUERDO Y CONSENTIMIENTO: FIRMA REQUERIDA

Al poner mis iniciales en uno o más de estos ítems en la sección anterior de Acuerdo y Consentimiento, acepto los requisitos del programa y/o la divulgación de información y acepto que he leído y entendido la Advertencia Tennessee mencionada anteriormente.

FIRMA DEL PADRE O MADRE, TUTOR LEGAL. EI REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE CUIDADO SUSTITUTO DEBE FIRMAR SI EL/LOS NIÑO(S) ESTÁ(N) BAJO CUIDADO DE CRIANZA:

FECHA:

PRIMER NOMBRE (en letra de imprenta):

APELLIDO (en letra de imprenta):

NOMBRE DE LA AGENCIA DE CUIDADO SUSTITUTO (si procede):

DISTRITO ESCOLAR RESIDENTE DEL/DE LOS NIÑO(S) (SOLO SI EL NIÑO ESTÁ EN CUIDADO DE CRIANZA):

ADMINISTRADOR REGIONAL DE BECAS

Envíe por correo el formulario de solicitud completo Pathway I y adjunte los documentos REQUERIDOS (como se indica en la parte superior de la página 3) a:



Early Learning Scholarships
Think Small
10 Yorkton Court
St Paul MN 55117

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con nosotros al 651-641-6604 (1-855-898-4465) o a scholarships@thinksmall.org