

BECA PARA EL APRENDIZAJE TEMPRANO

FORMULARIO DE CONCESIÓN DE BECAS PARA EL APRENDIZAJE TEMPRANO – PATHWAY II

INFORMACIÓN DEL NIÑO (NIÑOS QUE SOLICITAN BECA)

Complete las tablas a continuación para todos los niños que solicitan una beca y que viven en la misma dirección. Haga copias de esta página si desea añadir 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 ("N/C" 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"/> Indio americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena de las islas del Pacífico o indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:		ETNIA (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No hispano / Latino
¿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 ("N/C" 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"/> Indio americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena de las islas del Pacífico o indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:		ETNIA (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No hispano / Latino
¿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 ("N/C" 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"/> Indio americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena de las islas del Pacífico o indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:		ETNIA (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No hispano / Latino
¿ESTÁ ESTE NIÑO ACTUALMENTE EN CUIDADO DE CRIANZA?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sus hijos deben estar matriculados en un Programa de Becas para el Aprendizaje Temprano – Pathway II.

NOMBRE DEL PROGRAMA PATHWAY II AL QUE ASISTIRÁN MIS HIJOS:	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROGRAMA:
--	----------------------------------

INFORMACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES

Complete la información en esta página si es el padre o tutor legal del menor que postula a una Beca para el Aprendizaje Temprano – Pathway II. 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:	*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 más

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 este formulario de beca? (Al incluir a esta persona, usted da su consentimiento para que el Administrador Regional se contacte con este adulto para tratar la información en esta solicitud de beca.)

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

INFORMACIÓN DEL INGRESO FAMILIAR

OPCIÓN UNO: ¿RECIBE USTED ACTUALMENTE ALGUNO DE LOS PROGRAMAS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN? SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN POR ESCRITO.

- Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP)
- Programa de Asistencia para Cuidado de Menores (CCAP)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Programa de Almuerzo Gratis o a Precio Reducido (FRLP)
- Programa de Cuidado Alimentario para Niños y Adultos (CACFP)
- Head Start
- Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias
- Cuidado Sustituto

Si su hijo participa en uno de estos programas, presente prueba de la participación del niño o de la familia, puede ser una carta oficial del programa (con su membrete) o autorización.

SI MARCÓ CUALQUIER PROGRAMA EN LA OPCIÓN NÚMERO UNO Y ADJUNTÓ DOCUMENTACIÓN POR ESCRITO, PASE A LA PÁGINA 4

OPCIÓN DOS: SI USTED NO MARCÓ NINGUNA CASILLA PARA LA OPCIÓN UNO, COMPLETE LAS TABLAS A CONTINUACIÓN.

Enumere todas las fuentes de ingresos en las tablas a continuación. Incluya todos los niños y adultos que viven en su hogar aun si no tienen parentesco; 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 si se trata de 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 (su sueldo neto; lo que lleva a casa).

Paso 1. Enumere 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 2. Enumere todos los adultos en su hogar, parientes o no. 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 3. Prueba de ingresos. Adjunte prueba de todos los ingresos para cada miembro de su hogar 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 de un empleador en papel con membrete de la empresa.

ACUERDO Y CONSENTIMIENTO

ACUERDO DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Sírvase escribir sus iniciales en cada punto 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 todos 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 cuando ya recibe la beca. **¿Cómo verificará que se ha llevado a cabo la evaluación? (elija una de las dos opciones a continuación):**
- _____ El proveedor/programa se comunicará con la oficina del distrito escolar para validar el lugar y la fecha de la evaluación.
- _____ La evaluación de mi hijo se completó en: _____ (lugar) el _____ (fecha)
- _____ Mi hijo seguirá 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. (No se concederá a ningún niño más de una beca en un periodo de 12 meses.)
- _____ Notificaré al programa/proveedor cuando mi hijo deje de asistir al programa de la beca.
- _____ Si cambio de domicilio, notificaré al programa/proveedor.
- _____ Mi hijo debe estar inscrito en un programa Parent Aware participante en un plazo de 10 meses después del otorgamiento de la Beca para el Aprendizaje Temprano, de lo contrario, se le cancelará la beca.
- _____ 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 tendría que reembolsar al estado los fondos ya pagados.

CONSENTIMIENTO OBLIGATORIO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Usted **debe** dar su consentimiento a los tres ítems siguientes para participar en el programa de becas. Por favor **escriba sus iniciales en cada uno** para confirmar que ha leído y está de acuerdo con cada afirmación.

- _____ El programa/proveedor puede compartir con el Administrador Regional la información de este formulario de concesión, así como cualquier monto de beca concedido para el cual mi hijo es elegible.
- _____ El programa/proveedor puede compartir el nombre, dirección, fecha de nacimiento y sexo de mis hijos y mi nombre y dirección, como aparecen en la solicitud, con mi distrito escolar local con el objeto de asignar a mi hijo un número único de Identificación de Estudiante a nivel del Estado (SSID) que utilizarán el Administrador Regional y el Departamento de Educación de Minnesota (MDE) para identificar a mi hijo y validar los pagos de la beca.
- _____ El programa/proveedor puede compartir esta información con el MDE: mi nombre y dirección; información demográfica, nivel de estudios de los padres; información de ingresos; la elegibilidad de mi hijo y el monto de cualquier Beca para el Aprendizaje Temprano; el programa en el que uso mi beca; el número de SSID de mi hijo; y si he cumplido o no con los requisitos del programa.

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

CONSENTIMIENTO OPCIONAL PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y PARA 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 la información de mi solicitud, la elegibilidad de mi hijo y el monto de cualquier Beca para el Aprendizaje Temprano y el programa donde uso mi beca con el Evaluador autorizado del MDE, con el objetivo de analizar cómo se utilizan los fondos, cómo se informa a las familias sobre el programa, el impacto del programa en el desarrollo del menor o su preparación escolar y la calidad de los programas de aprendizaje temprano donde se utilizan las becas. Ningún informe público incluirá información específica sobre ningún niño en particular.

ADVERTENCIA TENNESSEN DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE MINNESOTA

¿Qué información pedimos?

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

¿Por qué pedimos esta información?

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

¿Estoy obligado a proporcionar 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?

Necesitamos 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. El evaluador está obligado a regirse por las prácticas de datos y las leyes de privacidad y no debe compartir sus datos con nadie excepto 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.

¿Cuánto tiempo se mantendrán mis datos?

Sus datos se conservarán por siete años como mínimo.

FIRMAS

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

FIRMA DEL PADRE O MADRE, TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE CUIDADO SUSTITUTO:		FECHA:
PRIMER NOMBRE (en letra de imprenta):	APELLIDO (en letra de imprenta):	
NOMBRE DE LA AGENCIA DE CUIDADO SUSTITUTO (si procede):		

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE INICIO DE LA BECA DEL NIÑO

La verificación del Programa Pathway II está en la página 6

Reconozco que la información en este formulario, documentos de ingresos de apoyo para la adjudicación de Becas para el Aprendizaje Temprano – Pathway II, ha sido revisada y aprobada como verdadera para efectos de matrícula en un espacio disponible en Becas para el Aprendizaje Temprano - Pathway II dentro de nuestro programa. También confirmo que hemos tratado las opciones y beneficios de las Becas para el Aprendizaje Temprano con los padres/familia y que han aceptado una beca Pathway II de nuestro programa.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PROGRAMA:

FECHA:

PRIMER NOMBRE (en letra de imprenta):

APELLIDO (en letra de imprenta):

NOMBRE DE LA GUARDERÍA O DEL PROGRAMA DE APRENDIZAJE TEMPRANO:

CARGO: