





**Lista de Cotejo de la Solicitud de Beca para los Programas de
Títulos Técnico Superior (Associates)/Bachillerato (Bachelors) en
Educación Infantil**

****Por favor adjunte los siguientes documentos a su solicitud de beca****

Sí N/A

- _____  Copia de la Carta de Admisión
- _____  Verificación de haber completado la solicitud de FAFSA (carta recibida)*
- _____  Una copia de su más reciente talón de pago salarial
- _____  La solicitud de Beca de T.E.A.C.H. con todas las sesiones completas
- _____ _____ Copia de su licencia, vigente (solo para proveedoras en hogares)
- _____ _____ Copia de todas sus notas del Colegio Superior o Universidad (solo para los que solicitan el título de Bachillerato (Licenciatura))

*Por favor solicite ayuda financiera antes de presentar su solicitud para la beca. Usted puede solicitar ayuda financiera a través del internet, visite <http://www.fafsa.ed.gov> o acérquese a la oficina de ayuda financiera de su colegio superior o universidad.

El obtener ayuda financiera **no lo** descalifica del programa de becas de T.E.A.C.H. Early Childhood®.

Gracias por solicitar la beca de T.E.A.C.H. Early Childhood® WASHINGTON, DC.

Por favor complete y devuelva esta solicitud juntamente con todos los documentos requeridos a NBCDI

Si necesita ayuda para completar la solicitud, por favor comuníquese a:

NBCDI

ATENCIÓN: T.E.A.C.H.

1313 L Street NW Suite 110

Washington, DC 20005

202-833-2220

202-833-8222 (Fax)

teach@nbcidi.org



NBCDI
National Black Child
Development Institute

T.E.A.C.H. Early Childhood® WASHINGTON, DC
Solicitud de Beca para los Programas de Títulos
Técnico Superior/Bachillerato en Educación Infantil

Complete y devuelva esta Solicitud y todos los documentos requeridos a:

NBCDI Atención: T.E.A.C.H.
 1313 L Street, NW Suite 110
 Washington, DC 20005

Beca que está solicitando:	<input type="checkbox"/> Título de Técnico Superior (AA)	<input type="checkbox"/> Título de Bachillerato (BA)
-----------------------------------	--	--

Fecha: _____

Nombre			
Dirección			
Ciudad, Estado, Código postal			
Zona/Condado			
Número de teléfono	Casa:	Trabajo:	Celular:
# de Seguro Social			
#de ID de Estudiante	(Otorgado por el Colegio Superior/Universidad)		
CorreoElectrónico			
Fecha de nacimiento	(mes/día/año)		
Género	Female		

Estado de su Empleo

¿Cuál es el título de su posición actual en su trabajo?	Maestro Maestro Asistente Administrador	Profesional programa en Familia Profesional del personal no docente Personal de apoyo no docente
¿Qué edad tiene el grupo o grupos a los que ud. enseña? (marque todos los que apliquen)	Bebés (0-12 Meses) _____ Toddlers (13-36 Meses)	Preescolares (37 Meses – PreK) Edad Escolar

¿Cuántos niños hay en su clase o en su hogar de cuidado y educación? _____

¿Cuántas horas a la semana usted trabaja? _____

¿Cuántos meses al año usted trabaja? _____

¿En qué fecha empezó su trabajo en el programa actual? _____

¿Cuál es su sueldo actual, por hora? _____

¿Cuánto tiempo ha trabajado usted en el campo de la educación infantil?	Menos de 2 años 2-5 Años	6-10 Años + de 10 Años
---	-----------------------------	---------------------------

Origen étnico

¿Es usted Hispano, Latino o de origen Español?

No	—	Sí, Puertorriqueño
Sí, Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano		Sí, Cubano
		Otro Hispano, Latino o Español

¿Se considera usted....?

Blanco	Chino	Otro Asiático:
Africano-Americano o Negro	Coreano	_____
Indígena Americano o Nativo de Alaska	Guamaniano o Chamorro	Otro de las Islas del Pacífico:
Indígena Asiático	Filipino	_____
Japonés	Vietnamita	Otra raza:
Nativo de Hawái	Samoano	_____

¿Cómo supo sobre el proyecto T.E.A.C.H. Early Childhood®?

Presentación	El Director del Centro	Otro (por favor especifique):
Por correo	Becado de T.E.A.C.H.	_____
Agencia CCR&R	Taller	
Universidad	Página Web	

Información sobre su Educación

Por favor marque la casilla que mejor describa su educación:

No diploma de secundaria	Título de Asociado	(Especialización: _____)
Diploma de secundaria/GED	(Especialización: _____)	<input type="checkbox"/> Maestría
Certificado de un año	Título de Bachillerato	(Especialización: _____)
	(licenciatura)	<input type="checkbox"/> Doctorado

Secundaria	Fechas de estudios	Diploma		G.E.D.	
		Sí	No	Sí	No
Colegio Superior/ Universidad	Fechas de estudios	Especialización		Título/ Horas de Crédito que posee	

Por favor marque la casilla que mejor describa sus metas educativas:

- Obtener una Credencial en Educación Infantil o de Edad Escolar.
- Tomar algunos cursos en educación infantil para obtener o para mejorar mis destrezas laborales
- Obtener un Certificado en Educación Infantil, con Bebés/Toddlers o un Certificado de Edad Escolar
- Obtener un Título de Técnico Superior (Asociado) en Educación Infantil
- Obtener un Título de Técnico Superior (Asociado) en Educación Infantil y transferirme a un Colegio Superior o Universidad para obtener el título de Bachillerato (Licenciatura).

1. ¿Cuáles son sus metas profesionales en el campo de la Educación Infantil? Describa cómo el título le ayudaría a alcanzar esas metas. (Use papel adicional si fuese necesario)

2. ¿Hay algo más que le gustaría que consideremos al revisar su solicitud?

¿Está Ud. actualmente matriculado en un Colegio Superior Comunitario? Sí No

¿Está Ud. actualmente matriculado en un programa para obtener un título en Educación Infantil?
 Sí No

¿Cuándo le gustaría que empiece su beca? (Haga un círculo alrededor de uno)
 OTOÑO PRIMAVERA VERANO _____ (año)

¿Colegio Superior Comunitario al que le gustaría asistir? _____

¿Colegio/Universidad de 4 Años al que le gustaría asistir? _____

Declaración de Ingresos del Empleado del Centro/Hogar de Cuidado y Educación Infantil

Instrucciones: Como parte del proceso de solicitud, nosotros debemos verificar sus ingresos. Haga una lista de CADA recurso de entradas que usted tenga. Usted también DEBE incluir verificación de entradas de CADA trabajo, incluyendo ya sea (1) una declaración escrita de su empleador indicando sus horas de trabajo y su pago por horas de trabajo, O (2) una copia de su más reciente cheque de pago salarial. Se puede usar una declaración de su ex-esposo o de un oficial de la corte para verificar ayuda financiera para los niños.

Trabajo #1 Empleador _____
Horas/Semana _____ Ingresos _____ por _____

Trabajo #2 Empleador _____
Horas/Semana _____ Ingresos _____ por _____

¿Ha solicitado usted alguna otra ayuda financiera (tales como Pell Grants, Smart Start Grants o préstamos estudiantiles)?
SÍ _____ NO _____

¿Está usted actualmente recibiendo alguna otra beca que cubre parcialmente o totalmente el costo de sus estudios, libros, u otros gastos relacionados a sus estudios?
YES _____ NO _____

*Si contestó sí, por favor responda a lo siguiente (esto **NO** lo previene de ganar la Beca de TEACH):*

Nombre de la Beca/Entidad que otorga la beca: _____

Recurso de ayuda financiera #1 _____
Fecha de solicitud _____
Estado de la solicitud: ___ OTORGADA ___ NEGADA ___ PENDIENTE

¿Qué es lo que cubre?: _____

Recurso de ayuda financiera #2 _____
Fecha de solicitud _____
Estado de la solicitud: ___ OTORGADA ___ NEGADA ___ PENDIENTE

¿Qué es lo que cubre?: _____

SU INGRESO TOTAL \$ _____

SU INGRESO TOTAL FAMILIAR (incluya el de su esposo) \$ _____

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Por la presente, doy fe que la información que he proveído es verdadera y certera. Y es basándome en esta información que yo solicito una beca de T.E.A.C.H para ayudarme a pagar el costo de mis gastos educativos.

Firma del Solicitante

Fecha

POR FAVOR ADJUNTE AQUÍ UNA COPIA DE SU MÁS RECIENTE TALÓN DE PAGO SALARIAL

Acuerdo de Participación del Centro/Escuela que Auspicia

El Director del Centro, de la escuela, propietario o Presidente del Directorio, debe completar este acuerdo y firmarlo en la parte final:

El Programa de Beca para estudios en Educación Infantil requiere la participación de cada empleador. En el caso que (*Nombre del Solicitante*) _____ obtenga una beca, Yo comprendo que el centro acepta participar en *una* de las opciones que se ofrecen a continuación.

Título de Técnico Superior en Educación Infantil (Associates Degree)

1. Pagar **10%** del costo de las clases por **9-12** créditos durante el periodo del contrato (3 semestres).
2. Pagar **10 %** del costo de los libros.
3. Proveer al solicitante tiempo libre pagado cada semana. El poseedor de la beca puede usar un máximo de **3 horas semanales** de tiempo libre pagado para estudiar. Este tiempo se otorgará **sólo cuando** las clases estén en sesión. El Centro Auspiciador recibirá un reembolso del 75% de las horas que se reclamen como tiempo libre de dispensación para estudios.
4. Al final del año, una vez que el maestro becado haya completado exitosamente 9 a 12 créditos, el centro le otorgará al becado:

(MARQUE UNA SOLA OPCIÓN):

- A. **Un bono de \$300.** Este bono es adicional a cualquier otro aumento o bono ya esperado.
- B. **Un aumento del 2%.** Este aumento es adicional a cualquier otro aumento o bono ya esperado.

Título de Bachillerato (Licenciatura) en Educación Infantil (Bachelors Degree)

1. Pagar **10%** del costo de las clases por **9-12** créditos durante el periodo del contrato (3 semestres).
2. Pagar **10 %** del costo de los libros.
3. Proveer al solicitante tiempo libre pagado cada semana. El poseedor de la beca puede usar un máximo de **3 horas semanales** de tiempo libre pagado para estudiar. Este tiempo se otorgará **sólo cuando** las clases estén en sesión. El Centro Auspiciador recibirá un reembolso del 75% de las horas que se reclamen como tiempo libre de dispensación para estudios.
4. Al final del año, una vez que el maestro becado haya completado exitosamente 9 a 12 créditos, el centro le otorgará al becado:

(MARQUE UNA SOLA OPCIÓN):

- A. **Un bono de \$350.** Este bono es adicional a cualquier otro aumento o bono ya esperado
- B. **Un aumento del 2%.** Este aumento es adicional a cualquier otro aumento o bono ya esperado.

Por favor marque todas las clases de fondos que su centro/programa recibe:

Head Start

Early Head Start

Head Start del Estado

PreK del Estado

Title I

IDEA

Subsidios del Estado: Contratos

Subsidios del Estado: Vouchers

Nombre del Centro/Escuela: _____

Dirección del Centro/Escuela: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____ Código postal: _____

Dirección Electrónica del Centro/Escuela: _____ Teléfono: _____

Nombre del Director: _____

de Licencia: _____

Descripción del Centro: Lucrativo Sin fines de lucro Head Start Otro: _____

Clasificación: Oro Plata Bronce

¿Está su centro acreditado? Sí No; Si contestó Sí, ¿por quién? _____

Firma del Director: _____ Fecha: _____

Suplemento de Aplicación

1. ¿Cuál de los siguientes credenciales tiene?

<input type="checkbox"/> CDA: Infantil/niño	<input type="checkbox"/> Especialización: Bi-lingue (idioma: _____)
<input type="checkbox"/> CDA: Prescolar	<input type="checkbox"/> Credencial emitido por el estado
<input type="checkbox"/> CDA: Hogar de cuidado	<input type="checkbox"/> Licencia de enseñanza
<input type="checkbox"/> CDA: Visitante de hogar	
2. ¿Ha tomado cursos al nivel universitario en los dos años pasados?
 - Si
 - No
3. ¿Ha recibido créditos académicos de cursos en educación infantil en los dos años pasados?
 - Sí. ¿Cuántos? _____
 - No
4. ¿Tiene certificado en CPR/primeros auxilios?
 - Si
 - No
5. ¿Cuáles idiomas habla?

<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Swahili
<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Tagalo
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Lao	<input type="checkbox"/> Tribal: _____
<input type="checkbox"/> Criollo	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Urdu
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Yiddish
<input type="checkbox"/> Griego	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Otro: _____
6. ¿Cuál es su idioma preferido para el aprendizaje? _____
7. **Estructura familiar:**

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____	Numero	Relación
		Padres
		Hermanos
		Esposo/esposa
		Hijos
		Otro

8. ¿Ha estudiado algún miembro de su familia al nivel universitario?
 - Si
 - No
9. ¿Ha obtenido algún miembro de su familia un título universitario?
 - Si
 - No
10. ¿Ha solicitado alguna de las siguientes ayudas financieras?
 - PELL
 - Becas
 - Préstamos estudiantiles

Acuerdo de Participación del Propietario del Hogar de Cuidado y Educación Infantil

El Programa de Beca T.E.A.C.H. para lograr un título en Educación Infantil requiere la total participación de cada poseedor de la beca.

Si se me otorga la beca, yo estoy de acuerdo en hacer lo siguiente:

1. Pagar 10% del costo de las clases y de los libros.
2. Completar 9 a 12 horas semestrales durante un periodo de 12 meses.
3. Continuar las funciones de mi hogar de cuidado y educación infantil por un año después de completar todos los cursos requeridos.

Por favor marque todas las clases de fondos que su programa recibe:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Title I |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start | <input type="checkbox"/> IDEA |
| <input type="checkbox"/> Head Start del Estado | <input type="checkbox"/> Subsidios del Estado: Contratos |
| <input type="checkbox"/> PreK del Estado | <input type="checkbox"/> Subsidios del Estado: Vouchers |

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Por la presente, doy fe que la información que he proveído es verdadera y certera.

Y es basándome en esta información es que yo solicito una beca del programa de becas de Washington, DC de NBCDI y T.E.A.C.H. Early Childhood® para ayudarme a pagar el costo de mis gastos educativos.

Nombre de su Programa de Hogar de Cuidado y Educación Infantil: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____ Código Postal: _____

Dirección Electrónica: _____ Página Web: _____

de Licencia: _____

Head Start Sin fines de lucro Lucrativo Clasificación: Oro Plata
 Bronce

¿Está su hogar acreditado? Sí No; Si contestó Sí, ¿ por quién? _____

Firma: _____ Fecha: _____

***** para poder obtener la prueba adecuada de sus ingresos, usted DEBE presentar*****

- **El formulario del pago de su subsidio y su Formulario de reembolso del Programa de Comida**
O
• **Una copia de su declaración de impuestos*****

Declaración de Ingresos del propietario del Hogar de Cuidado de Educación Infantil

Instrucciones: Como parte del proceso de solicitud, nosotros debemos verificar sus ingresos. Por cada pregunta, use el monto que usted obtuvo o gasto el mes pasado. Usted DEBE incluir verificación de sus ingresos, tales como copias o recibos de cada uno de los niños a su cargo o una declaración con información detallada de su cobro semanal y el número de niños a su cargo.

Por favor complete información por el último mes que usted ha proveído cuidado infantil

¿Cuántas horas a la semana trabaja? _____ (máximo de 60 horas semanales)

Ingresos

¿Cuál es el monto total que le pagan los padres cada mes? \$ _____

¿Cuál fue el reembolso del Programa de Comida (*Child Care Food Program*)? \$ _____

¿Cuánto fue su pago por subsidio (*Child care subsidy*) mensual? \$ _____

Ingreso Total Mensual (el total de todas sus fuentes de ingresos \$ _____)

Gastos

El mes pasado, ¿Cuánto gastó en su programa de cuidado y educación infantil?

Comida \$ _____ Juguetes \$ _____ Ayuda para el cuidado/Sustitutos \$ _____ Material de Arte/Materiales en general \$ _____

Pagos por sesiones de capacitación \$ _____ Regalos para niños/Familias \$ _____ Otro: _____ \$ _____

Total de Gastos del Mes (total de todos los gastos) \$ _____

Total de Ingresos

-

Total de Gastos

=

Ingresos del Mes

\$

\$

\$

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Por la presente, doy fe que la información que he proveído es verdadera y certera. Y es basándome en esta información que yo solicito una beca de T.E.A.C.H. para ayudarme a pagar el costo de mis gastos educativos.

Firma del Solicitante

Fecha