



IdahoSTARS – Idaho State Training and Registry System

Aplicación para Becas Académicas

IdahoSTARS * 1471 Shoreline Drive, suite 202 * Boise, ID 83702
208-345-1090 Ext.21 www.idahoaeyc.org

Si desea información en español, comuníquese con Idaho CareLine al 2-1-1 o (800) 926-2588

¿QUIEN PUEDE RECIBIR UNA BECA?

Cualquier persona que se inscriba en el Registro de Desarrollo Profesional de IdahoSTARS (PDS)* y que estén:

- trabajando directamente con niños cuando los padres trabajan o asisten entrenamiento
- trabajando en centros que tienen horarios de tiempo completo
- trabajando directamente con niños por lo menos 15 horas por semana o 780 horas en un año
- ganando menos de \$15 dólares por hora
- ha trabajado por lo menos un año por el programa patrocinador de cuidado infantil

*Si no está inscrito, Marque 2-1-1 y pida ser comunicado con su oficina de CCR&R para programar una orientación. Aplicaciones de becas pueden ser solicitadas a través del 2-1-1 o por el 800-926-2588 (pregunte por su oficina de CCR&R), o visite la pagina www.idahoaeyc.org

LAS BECAS ESTAN DISPONIBLES PARA LOS APLICANTES ELEGIBLES. SE ATENDERAN A LA MEDIDA QUE VAN APLICANDO, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LA FINANCIACION.

INFORMACION PERSONAL (LETRAS DE MOLDE POR FAVOR igual como se ve en el seguro social)

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Nombre _____</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Inicial _____</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Apellido _____</td> </tr> </table>	Nombre _____	Inicial _____	Apellido _____	Número del Seguro Social _____/_____/_____ _____
Nombre _____	Inicial _____	Apellido _____		
Otros nombres que ha usado: _____	Este es un nombre nuevo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dirección nueva Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Favor de llenar con su información de contacto

Dirección Actual: _____

Ciudad _____ Estado _____ Dirección de correo Postal _____ Condado _____

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____ Número de horas de trabajo por semana _____

Email _____ Número de semanas de trabajo por año _____

Edades de los niños que usted cuida (todos que aplican) Lactantes _____ Caminantes _____ Pre-escolar _____ Edad escolar _____

Posición Actual _____ Fecha del primer día de empleo _____

Salario actual por hora \$ _____/hora ***Incluya un recibo de pago o de impuestos o someta la Forma de Ingresos***

¿Es Usted miembro del Idaho AEYC? Sí No Otra Organización Profesional en el mismo campo _____

Lugar de Empleo _____

Dirección de Empleo _____

Tipo de Licencia ***(Incluye la licencia)*** Centro Hogar Grupo Ciudad Estado

Tipo de Programa Cuidado Infantil en Casa Centro con Licencia Acreditado Otro

LAS CONCESIONES PARA OTORGAR BECAS SE REALIZARAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

El Reembolso de la Beca es pagado directamente al participante para los honorarios de registro ya pagados (por el participante) para un taller o curso que es aprobado por IdahoSTARS y que se completó después de haber sido registrado en IdahoSTARS.

Pagos Dirigidos a los Programas Académicos Un consejero le asistirá con el proceso de la aplicación y el contrato. Si desea solicitar una aplicación para una beca académica o la petición de servicios de un Mentor/Asesor, someta esta forma por lo menos un mes antes del plazo del registro de la universidad o del principio de los servicios del Mentor/Asesor.

¡LO QUE SE TIENE QUE MANDAR CON SU APLICACIÓN!

BECAS ACADEMICAS:

1. Someta una copia de su aplicación
2. Enviar una carta de sólo una pagina que describa sus metas profesionales a largo y corto plazo. Y explique la manera en que le ayudaría tener una beca académica para alcanzar objetivos.
3. Para el reembolso de los honorarios ya pagados, someta una **copia** de su **recibo de pago**. (como por ejemplo, cheque, prueba de transacción del entrenamiento/ entrenador) y una copia del recibo de registro y horario de clases.
4. Copia de la licencia del centro patrocinador.
5. Talón de cheque o la forma de ingresos.
6. Si Usted ya se ha registrado en clases por favor incluya una copia del recibo de registro y horario de clases.
7. Los solicitantes aprobados recibirán una carta; y las aplicaciones incompletas recibirán una carta explicando las razones por las cuales se han negado o cuales son los documentos adicionales necesitados.

SERVICIOS DE MENTOR/ASESOR PETICIÓN:

Servicio de Mentor/Asesor (*Mentor/Asesor de Educación y Cuidado Temprano: este programa es ofrecido por una alianza entre el U.S. Department of Labor Office of Apprenticeship.*

Servicio de Mentor/Asesor se ofrece con becas (cuando se cuente con la financiación) a los participantes de IdahoSTARS. Tanto los proveedores en centros como los del hogar privado pueden solicitar los servicios de un Mentor/Asesor para el aprendizaje (en el sitio de trabajo) durante el tiempo que asista a las clases.

<i>Escoja el tipo del Servicio Mentor/Asesor:</i>	<input type="checkbox"/> Aprendizaje	- Capacitación en el sitio de trabajo con los cursos académicos
	<input type="checkbox"/> CDA/CDA Evaluación	- CDA trabajo escolar o para ayuda con el proceso de evaluación CDA

Ser Completado por el *Solicitante* de la Beca Académica:

Algunos Puntos Sobre las Becas Académicas

- Los estudiantes deben tomar de 9-16 créditos por semestre o tomar de 14-26 créditos por trimestre en un año para obtener el CDA, el asociado o el Título Universitario en la Educación Temprana Infantil.
- Mantener "C" como promedio en todas las clases.
- La beca consiste en la financiación de 100% de la matricula académica; el alumno paga 100% de los libros.
- El empleador aumenta por el 2% el salario del alumno sin importar otras maneras de compensación a las cuales el empleado puede ser apto.

Títulos – Por favor complete la siguiente información solo si Usted va a solicitar la beca académica.

CDA Asociado Título de 4 años Evaluación CDA EC/ECSE Certificado Combinado
 CDA Renovación CDA ofrecido por el Internet en CSI

¿Está Usted matriculado con algún programa de grado académica? SI NO

Si le concedieran una beca, ¿Cuál universidad le gustaría atender?

<input type="checkbox"/> North Idaho College	<input type="checkbox"/> Lewis Clark State College	<input type="checkbox"/> University of Idaho	<input type="checkbox"/> Boise State University
<input type="checkbox"/> College of Southern Idaho	<input type="checkbox"/> Idaho State University	<input type="checkbox"/> TVCC	<input type="checkbox"/> BYU Idaho
<input type="checkbox"/> Otro _____			

¿Está Usted matriculado con algún programa de grado académica? SI NO

Si le concedieran una beca, ¿Cuál universidad le gustaría atender?

- North Idaho College Lewis Clark State College University of Idaho Boise State University
 College of Southern Idaho Idaho State University TVCC BYU Idaho
 Otro _____

¿Usted ya ha sido admitido en alguna de las universidades anteriormente mencionadas? SI NO

¿Usted ya se reunió con su consejero y ya registró sus clases? SI NO

¿Cuándo planea Usted empezar las clases? Otoño Primavera Verano Año: 200_____

¿Cuántos créditos desea Usted tomar? ? _____ Otoño _____ Invierno _____ Primavera
Verano

¿Ya ha pagado Usted su matricula? SI NO

¿Ha comprado Usted sus libros? SI NO

¿Cuál es su día de graduación proyectada? _____

El propósito de las siguientes preguntas es solamente para analizar estadísticas y no afectará su elegibilidad:

Fecha de Nacimiento: _____

Escoja uno:

- Soy soltero sin niños
 Soy padre soltero
 Abuelo soltero
 Casado sin hijos
 Padre de Familia casado
 Abuelo casado

Grupo Étnico:

- Tribu Nativa Americana o de Alaska
 Asiático
 Descendencia Africana o Afro-Americano
 Hispano o Latino
 Nativo de Hawai'i u otra isla del Pacífico
 Blanco/Anglosajón

Otro: _____

¿Es Usted un veterano de servicio militar del EEUU?

Sí No

¿Cuál nivel de su educación es terminado?

- No soy bachiller
 GED o equivalente a bachiller
 CDA
 Certificado Técnico
 Asociado o 60 créditos
 Título Universitario
 Maestría
 Doctorado

Especifique el título: _____

Becas Académicas Solamente-- Para aplicar para la beca de la Evaluación CDA. Por favor salte a la pagina 4

Estoy de acuerdo en firmar un contrato y cumplir con los siguientes requisitos de participación:

1. Inscribir en el Registro de Desarrollo Profesional de IdahoSTARS.
2. Tomar de 9-16 créditos durante 3 semestres o 14-26 créditos durante 4 trimestres.
3. Pagar el 100% de los gastos de libros.
4. Utilizar hasta 80 horas pagadas de preparación durante un año (2 horas por semana es recomendado) durante el tiempo que estoy asistiendo a clases: Las reuniones de Mentor/Asesor pueden estar incluidas en este tiempo
5. Continuar trabajando en el programa patrocinador durante el año del contrato.

Debe ser completado por Director del programa/Dueño

Nombre del Programa: _____

Nombre del Dueño/Director (por favor escriba en imprenta): _____ Título: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono de trabajo: _____ Fax: _____ Correo Email: _____

Número total de Niños Inscritos en el Programa:

Tiempo Completo _____ Medio Tiempo _____ Antes del Colegio _____ Después del Colegio _____

Grupos de edades y el máximo permitido por la licencia:

Lactantes _____ Caminantes _____ Pre-escolar _____ Edad Escolar _____

Clasificación: Centro Grupo Hogar

Auspicio: Lucrativo Non Lucrativo Doctrina Religiosa Publico Head Start Edad Escolar

Regulación: Licencia (Ciudad Estado) Certificado Sin Licencia ICCP

Acreditación: Sí (NAEYC o NAFCC) En Trámite Ningún acreditación

Licencia #: _____ **(SOMETA UNA COPIA DE LA LICENCIA DE LA INSTALACION)**

Becas Académicas Solamente – Si el alumno/aspirante esta aplicando para beca de la Evaluación CDA, procede al próximo cuadro de esta página.

Este programa/instalación esta de acuerdo en firmar un contrato de apoyo para el empleado de las siguientes maneras:

1. Proveer una recomendación escrita del empleado.
2. Proporcionar hasta 80 horas pagadas de preparación (se recomiendan 2 horas por semana) durante el tiempo que el estudiante asista a las clases (las reuniones de Mentor/Asesor pueden estar incluidas en este tiempo) las cuales serán verificadas por la oficina de becas a través de un registro sometido a nivel mensual por el Director o Dueño del establecimiento.
3. Seguir los procedimientos y reglas del programa de Becas Académicas de IdahoSTARS
4. A completar con éxito de 3 semestres/4 trimestres, este programa/instalación premiara al empleado el cual (escoja uno):
 - Aumento del 2% del salario sin importar otras maneras de compensación a las cuales el empleado puede ser apto
 - Aumento de salario (10% es recomendado o 2% como mínimo) para el alumno/aspirante de Aprendiz.

Firma del empleador: _____

Fecha: _____

***Por favor complete esta sección si Usted esta aplicando para la beca de la Evaluación CDA. Si no aplica a Usted, siga en la próxima página.**

BECA DE LA EVALUACION CDA SOLAMENTE (Completado por el Solicitante) - Estoy de acuerdo en firmar un contrato y cumplir con estos requisitos de participación:

1. Inscribir en el registro del desarrollo profesional de IdahoSTARS
2. Completar la Aplicación del Consejo CDA para el Desarrollo Profesional de la Evaluación
3. Enviar la aplicación mencionada anteriormente a IdahoSTARS por lo menos 2 semanas antes de la fecha límite.
4. Enviar una copia de certificado de la credencial CDA a IdahoSTARS.

Firma de Solicitante de la Beca de la Evaluación CDA _____

Fecha _____

BECA DE LA EVALUACION CDA SOLAMENTE (Completado por el Director/Dueño) - Este establecimiento se compromete a apoyar al empleado de la siguiente manera:

1. Permitir una observación por parte de un representante del Consejo CDA para el Reconocimiento Profesional.

Firma del Director/Dueño: _____ Fecha: _____

ANTES DE SOMETER, LOS SOLICITANTES DEBEN INCLUIR...

- Copia de la licencia del establecimiento*
- Copia del talón de cheque o la Forma de Ingresos completa*
- La Aplicación para Becas Académicas debe estar completa y firmada*
- Recomendación escrita por el Director/Dueño.*
- Una carta de sólo una pagina que describa sus metas profesionales a largo y corto plazo con una explicación de la manera en que le ayudaría tener una beca académica para alcanzar objetivos.*

¿Como se enteró Usted de esta beca?

- Presentación Correo Oficina CCR&R Pagina Electrónica de Idaho AEYC
- Pagina Electrónica de IdahoSTARS Colega Instructor Patrón Otro _____

TODO ASPIRANTE DE BECAS ACADEMICAS: Por lo presente, certifico que necesito financiación para los estudios universitarios/institucionales y que toda la información proporcionada en esta aplicación es exacta y verdadera. Entiendo que la elegibilidad no garantiza la concesión de una beca académica. Además, entiendo que si recibo una beca y no termino con los requisitos del contrato, seré responsable de notificar a la oficina de becas de IdahoSTARS y puede ser responsable de pagar detrás cualquier dinero gastado en mi favor.

Firma: _____ Fecha: _____

El propósito de IdahoSTARS es asegurar un cuidado infantil de alta calidad para los niños de Idaho a través de ofrecer oportunidades educativas de gran amplitud dirigidas a los proveedores del cuidado infantil, la educación temprana, y el cuidado de niños de la edad escolar.

La Universidad de Idaho (CDHD) con la Asociación pro Educación de los Niños Jóvenes (Idaho AEYC) suministra las Becas Académicas de IdahoSTARS y los Servicios de Aprobación de los Entrenadores y Entrenamientos por un contrato con el Departamento de Salud y Bienestar (Idaho Department of Health and Welfare, en inglés)

Someta esta aplicación y los documentos necesarios al:

**IdahoSTARS
Attn: Scholarship Office
1471 Shoreline Drive, Suite 202
Boise, Idaho 83702
Fax: 208-345-6569**