

Solicitud suplementaria de Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II

Instrucciones

La *Solicitud suplementaria de Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II* solo debe usarse si un programa la entrega a los padres o tutores después de que el niño se inscribe en un programa escolar o Head Start (Asistencia para la Primera Infancia).

¿Qué es una Beca de aprendizaje en la primera infancia?

Una Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II puede ayudar a su hijo a obtener un cuidado infantil de alta calidad y educación en la primera infancia a fin de prepararse para el Kindergarten. Un programa está calificado para recibir fondos de Pathway II si tiene una calificación de 4 estrellas de Parent Aware. Parent Aware es una herramienta de calificación para ayudar a los padres a seleccionar programas de alta calidad para la primera infancia. Para obtener más información, visite el sitio web de [Parent Aware](http://ParentAware.org) (ParentAware.org). **Nota:** Los niños solo pueden recibir una beca dentro de un período de 12 meses y no pueden recibir una beca Pathway I y otra Pathway II simultáneamente.

¿Dónde puede usar mi hijo una beca?

Las Becas de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II se adjudican a las familias mediante un programa elegible de Parent Aware con calificación de 4 estrellas. Los programas de aprendizaje en la primera infancia Pathway II reciben fondos de becas del Departamento de Educación de Minnesota. Dichos programas pueden utilizar sus fondos para otorgar becas a familias cuyos hijos participan en el programa Pathway II. Las becas deben utilizarse en el programa Pathway II de adjudicación. Si su hijo se retira, los fondos permanecen en el programa para cubrir a otros niños.

Envíe la solicitud: Detalles del programa Pathway II

Envíe por correo la solicitud original, debidamente llenada, o entréguela personalmente a su programa Pathway II:

Fondos provistos por el Departamento de Educación de Minnesota mediante financiamiento estatal en apoyo de las becas de aprendizaje en la primera infancia, Ley Estatal de Minnesota, artículo 124D.165.

La falta de documentación, tal como comprobantes de participación en un programa o de ingresos, o la falta de firmas puede ser causa de demoras.

*Esta página se dejó intencionalmente en blanco.
(This page is intentionally left blank.)*

<p>Box is for Administrator Use Only:</p> <p>Program Name: _____</p> <p>Application Fiscal Year: _____</p> <p>How did the child meet income eligibility requirements? _____</p>
--

Solicitud suplementaria de Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II

Complete este formulario con tinta. La información marcada con un asterisco (*) debe ser llenada obligatoriamente por el padre/la madre o el tutor. Si cualquier pregunta se deja en blanco, el padre/la madre o el tutor deberá corregir la solicitud personalmente o por correo.

Información del menor

*Nombre legal del menor: _____
Primero
segundo
apellido

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

Origen étnico (*marque uno*): Hispano/latino No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que*) Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Isleño del Pacífico o nativo hawaiano Blanco

Si usted presenta una solicitud para más de un niño, use la página adicional que hay al final de la solicitud.

Información del padre/la madre/el tutor legal

El padre/la madre o el tutor legal debe llenar esta sección.

Nota: Si cualquiera de los niños se encuentra bajo cuidado de acogida, pase por alto esta sección y llene la sección titulada “Información del cuidado de acogida” al final de esta solicitud.

¿Cómo se enteró de las Becas de aprendizaje en la primera infancia? *Marque todo lo que corresponda.*

- Mi programa Amigo/Familia Otra familia en mi programa Administrador de Área
- Socio comunitario (como una biblioteca) Redes sociales (Facebook, Twitter) Investigación en línea
- Parent Aware/Child Care Aware Proveedor de servicios tribal, del condado o estatal Folleto/anuncio
- Otro/a: _____

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

- Menos de la secundaria completa Secundaria o GED Algo de universidad, sin diploma Diploma universitario

¿Cuál es su condición de empleo actual? Marque uno.

- Empleado a tiempo completo (25 o más horas/semana)
- Empleado a tiempo parcial (menos de 25 horas/semana)
- Desempleado, busca empleo Desempleado, no busca empleo

¿Qué idioma habla más su familia en la casa?

- Inglés Hmong Somalí Español Vietnamita

Otro/a: _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

Acuerdo de cumplimiento de requisitos

Al firmar esta solicitud, usted confirma que ha leído, comprendido y aceptado los requisitos y los elementos indicados a continuación del Programa de becas de aprendizaje en la primera infancia.

- La información que contiene esta solicitud es veraz y se ha reportado el ingreso de todos los miembros del grupo familiar. Si declaro información falsa deliberadamente, mi hijo puede perder la beca y es posible que yo deba reembolsar al estado los fondos que se hayan pagado.
- **Mi hijo de 3 a 5 años de edad** deberá hacerse una evaluación de la primera infancia dentro de los 90 días calendario de concurrir a un programa seleccionado que utiliza una beca. Si mi hijo recibe una beca entre el nacimiento y los 2 años de edad, deberá hacerse la evaluación entre de los 90 días siguientes a su tercer cumpleaños.
- Mi hijo seguirá siendo elegible para recibir una beca hasta el 31 de agosto del año en que sea elegible para asistir al Kindergarten, o hasta que tenga 5 años de edad al 1 de septiembre, siempre que haya fondos estatales disponibles.
- Notificaré al programa Pathway II cuando mi hijo deje de asistir al programa donde utilizamos una beca.
- Notificaré al programa Pathway II si me mudo a otro domicilio o cambia mi información de contacto.
- Se espera que la concurrencia sea regular y constante. Las Becas de aprendizaje en la primera infancia no pueden pagar más de 25 días de ausencia, 10 días de cierre previstos y 11 días feriados del programa. Las ausencias superiores a 25 días no serán cubiertas por las becas y yo deberé pagar los cargos de mi propio bolsillo.
- Si el programa deja de participar en Parent Aware, es posible que yo no pueda continuar usando la Beca de aprendizaje en la primera infancia para ese programa.
- Si tengo un hogar de cuidado infantil que participa en Parent Aware, comprendo que no puedo utilizar la Beca de aprendizaje en la primera infancia de mi propio hijo en mi hogar de cuidado infantil con licencia.

Consentimiento requerido para compartir su información

A fin de participar en el programa de becas, usted debe dar su consentimiento a las siguientes declaraciones.

- El Administrador de Becas/Área puede compartir con el programa elegido el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi(s) hijo(s), así como mi nombre y dirección tal como figuran en la solicitud, y también puede compartir todo monto de beca para el que mi hijo sea elegible y la fecha de adjudicación. Esto se necesita para garantizar la exactitud entre la solicitud e inscripción y la información que retiene el programa.
- El Administrador de Becas/Área puede compartir el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi(s) hijo(s), así como mi nombre y dirección, tal como figuran en la solicitud, con: (1) mi distrito escolar local, con el propósito de asignar a mi hijo un número único de identificación estatal de estudiante (SSID, por las siglas en inglés) que será usado por el Administrador de Becas/Área 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 (MDE) puede compartir información sobre mí y la elegibilidad de mi(s) hijo(s) para las becas de otros programas y agencias gubernamentales, incluso, entre otros: el *Child Care Assistance Program* (CCAP - Programa de Asistencia para Cuidado de Menores), trabajadores de agencias sociales tribales o de condados, el MFIP (Programa de Inversión Familiar de Minnesota), el SNAP (Asistencia Alimentaria), el Head Start (Asistencia para la Primera Infancia), las comidas escolares gratuitas o a precio reducido y el *Child and Adult Care Food Program* (CACFP - Programa de Alimentos para el Cuidado de Menores y Adultos). Dichas agencias también pueden compartir información con el Departamento de Educación de Minnesota sobre mi elegibilidad y la de mi hijo para recibir asistencia. Dicha información puede usarse a fin de verificar la elegibilidad del ingreso de mi familia para becas y de supervisar el uso de becas y otros programas de asistencia pública.

Comprendo que mi consentimiento para compartir mi información permanecerá vigente por seis meses después del cese de mi beca.

- Los Administradores de Becas/Área pueden compartir información de esta solicitud con el MDE, incluso mi nombre y dirección, información demográfica, nivel de educación de los padres, información del ingreso, la elegibilidad de mi hijo para cualquier Beca de aprendizaje en la primera infancia y el monto de estas, el programa donde utilizo la beca, el número de SSID de mi hijo y el hecho de que yo haya cumplido o no los requisitos del programa. Se necesita dicha información para verificar la elegibilidad, implementar programas y cumplir la ley estatal que autoriza el programa.
- Para verificar que se haya realizado la evaluación, autorizo al Administrador de Becas/Área a contactar a la oficina del distrito escolar de mi hijo para comprobar el lugar y la fecha de la evaluación. La evaluación de mi hijo de 3 a 5 años de edad se realizó en el lugar indicado a continuación:

Hijo N.º 1: _____ Lugar: _____ Fecha: _____
 Hijo N.º 2: _____ Lugar: _____ Fecha: _____
 Hijo N.º 3: _____ Lugar: _____ Fecha: _____

Nota: *No tengo la obligación de dar mi consentimiento para compartir mi información. Pero, si decido no hacerlo, comprendo que mi(s) hijo(s) no serán elegibles para recibir una Beca de aprendizaje en la primera infancia. La información a revelarse no incluye los documentos de respaldo adjuntos a esta solicitud.*

Advertencia de Tennesen del Departamento de Educación de Minnesota

Este aviso aplica a toda la información recopilada para el programa de Becas de aprendizaje en la primera infancia. Explica qué información recopilaremos y por qué lo hacemos.

¿Qué información estamos solicitando?

Estamos pidiendo toda la información que se incluye en la solicitud de inscripción en el programa de Becas de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II. De conformidad con la ley de Minnesota, parte de esa información se considera como datos privados.

¿Por qué le pedimos esta información?

La información de esta solicitud se necesita para solicitar una Beca de aprendizaje en la primera infancia. Utilizaremos la información recopilada aquí, más toda información adicional relacionada, a fin de determinar la elegibilidad para el financiamiento. Se necesita dicha información para cumplir la ley estatal que autoriza el programa.

¿Tengo la obligación de proporcionar estos datos?

Usted no tiene ninguna obligación legal de proporcionar los datos solicitados; sin embargo, sin esos datos no podremos determinar la elegibilidad de su hijo, por lo que no recibirá una beca.

¿Quién más puede ver esta información?

Como se ha descrito en otra sección de esta solicitud, con su consentimiento informado y requerido, compartiremos su información con el programa que usted escoja, el distrito escolar de residencia y el Departamento de Educación de Minnesota. Si usted proporciona su consentimiento opcional, una entidad externa utilizará su información al evaluar la efectividad del programa de becas para el estado. Todas esas entidades, incluso el evaluador, están obligados a cumplir las leyes de prácticas de manejo de información y privacidad de Minnesota. Esas entidades no revelarán sus datos privados, salvo lo que se describe en este documento y en el consentimiento. El evaluador no debe compartir sus datos con nadie más, excepto el MDE. Puede que también proporcionemos los datos que usted declare al Auditor Legislativo, el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y/u otras agencias legalmente autorizadas a acceder a la información, así como a toda persona autorizada por una orden judicial.

¿De qué otra manera puede usarse esta información?

Podemos utilizar o revelar esta información solamente de la manera establecida en este aviso, a menos que usted nos otorgue una autorización escrita para revelar la información con otro fin o a otra entidad o persona. La información puede usarse con otro fin si el Congreso de los Estados Unidos o la Legislatura de Minnesota promulga una ley que autorice o exija otros usos.

¿Por cuánto tiempo se conservarán mis datos?

Sus datos se conservarán por un mínimo de siete años.

Consentimiento opcional: Revelación de información y participación en una evaluación

Marque con sus iniciales para confirmar que ha leído, comprende y acepta lo siguiente.

_____ El Administrador de Becas del Área o el MDE puede compartir información de mi solicitud, la elegibilidad de mi hijo y el monto de toda Beca de aprendizaje en la primera infancia, así como el programa donde utilizo mi beca, con evaluadores de programas autorizados por el MDE con el fin de analizar la manera en que se gastan los fondos, la manera en que se informa a las familias sobre el programa, el efecto del programa en el desarrollo de los niños o en su preparación preescolar, la calidad de los programas de aprendizaje en la primera infancia donde se utilizan las becas y otras evaluaciones que el MDE considera pertinentes. Ningún informe público incluirá información específica que identifique a ningún niño en particular.

Firma del padre/la madre/el tutor

Al firmar a continuación, usted acepta y confirma todo lo siguiente:

1. Confirmando que soy el padre, la madre o el tutor legal, que toda la información que contiene esta solicitud es veraz y que se ha declarado el ingreso de todos los miembros adultos del grupo familiar. Comprendo que, si declaro información falsa deliberadamente, mi(s) hijo(s) puede(n) perder la beca y es posible que yo deba reembolsar al estado los fondos que ya se hayan pagado.
2. Acepto los requisitos del programa descritos en la página del Acuerdo de cumplimiento de requisitos.
3. Acepto que mi información y/o la información de mi(s) hijo(s) se comparta tal como se describe en la página de Consentimiento requerido para compartir información.
4. Confirmando que he leído y comprendo la Advertencia de Tennessee.

Firma del padre/la madre o tutor legal

Las firmas deben escribirse con tinta, no con lápiz.

*Nombre legal del padre/la madre/el tutor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Firma: _____ *Fecha: _____
MM/DD/AAAA

Firma del padre/madre secundario(a) (opcional, no es obligatorio)

Nombre legal del padre/la madre/el tutor: _____

Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/AAAA

Firma del representante del programa

Reconozco que la información requerida en esta *Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II* ha sido revisada y aprobada como veraz con el propósito de otorgar una beca Pathway II dentro de nuestro programa. También reconozco que hemos conversado sobre las opciones de Beca de aprendizaje en la primera infancia y los beneficios con la familia y que han aceptado la beca Pathway II de nuestro programa.

*Nombre del representante del programa: _____
Nombre Apellido

*Firma: _____ *Fecha: _____
MM/DD/AAAA

*Nombre del programa Pathway II: _____

*Fecha de inicio del programa:	*Fecha de inicio de la adjudicación:	*Monto de la adjudicación:
_____	_____	_____

Complete esta página si solicita servicios de protección de menores o si presenta una solicitud para más de un niño.

Para una agencia de protección de menores

Si su hijo no recibe servicios de protección de menores, deje esta sección en blanco.

Agencia remitora: _____ Fecha: _____

Nombre del empleado remitior: _____ Cargo: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Hijos adicionales

Si presenta una solicitud para más de un niño, inclúyalos aquí y adjunte esta página a su *Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II*. No vuelva a escribir la información correspondiente al Hijo N.º 1 que figura en la página 1 de la solicitud. Si presenta una solicitud para más de cuatro niños, fotocopie esta página y adjunte la(s) página(s) adicional(es) a su solicitud.

Hijo N.º 2

*Nombre legal del menor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

Origen étnico (*marque uno*): Hispano/latino No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que*) Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Isleño del Pacífico o nativo hawaiano Blanco

Hijo N.º 3

*Nombre legal del menor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

Origen étnico (*marque uno*): Hispano/latino No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que*) Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Isleño del Pacífico o nativo hawaiano Blanco

Hijo N.º 4

*Nombre legal del menor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

Origen étnico (*marque uno*): Hispano/latino No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que*) Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Isleño del Pacífico o nativo hawaiano Blanco

El *Formulario suplementario para cuidado de acogida Pathway II* solo debe usarse si un programa lo entrega a un trabajador de la agencia de cuidado de acogida después de que se inscribe el niño. Este formulario es obligatorio si un niño que solicita una beca Pathway II se encuentra bajo cuidado de acogida. Entregue este formulario juntamente con el formulario de *Solicitud suplementaria de Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II*.

Formulario suplementario para cuidado de acogida Pathway II

Información del cuidado de acogida

El trabajador de la agencia de cuidado de acogida debe llenar este formulario.

Al llenar esta sección, usted se designa como persona de contacto para el programa Pathway II si hubiera necesidad de platicar sobre la información que contiene este formulario. El trabajador de la agencia de cuidado de acogida debe notificar al programa Pathway II sobre todo cambio que podría afectar la beca del niño.

Agencia tribal o de condado: _____

Dirección de la agencia de cuidado de acogida: _____

Nombre del trabajador: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Opcional: Contacto con el padre/la madre de acogida

Nombre del padre/la madre de acogida: _____
Primero *segundo* *apellido*

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Condado: _____ Cód. postal: _____ Distrito escolar de residencia: _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____