



IdahoSTARS – Idaho State Training and Registry System
Aplicación para Becas de Entrenamiento

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

Si desea más información en español, comuníquese con Idaho CareLine al 2-1-1 o al (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 a un 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 en el programa patrocinador del cuidado infantil

*Si no esta inscrito, Marque 2-1-1 y pida ser comunicado con su oficina de CCR&R para programar una orientación. Las 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 (LETRA IMPRENTA 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 _____	Numero 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 _____ Numero de horas de trabajo por semana _____

Email _____ Numero 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

¿CUALES TIPOS DE ENTRENAMIENTO SE PERMITE CUBRIR POR UNA BECA?

Cualquier entrenamiento o conferencia aprobado por IdahoSTARS y relacionado a los componentes básicos del cuidado infantil o la educación a temprana edad que se terminen después de que el participante haya sido registrado en el sistema de desarrollo profesional de IdahoSTARS. Los entrenamientos aprobados están alistados en la pagina <http://www.idahostars.org>.

Pagos anticipados serán dirigidos a los entrenadores cuando un participante se ha pre-registrado para un entrenamiento, o la entidad que esta patrocinando el entrenamiento. Esta aplicación se debe someter por lo menos dos semanas antes del la fecha del entrenamiento.

¡LO QUE SE TIENE QUE MANDAR CON SU APLICACIÓN!

1. Someta una copia completa de su aplicación **por lo menos dos semanas por adelantado junto con una comprobación de su inscripción.**
2. Para el reembolso de los honorarios ya pagados, someta una **copia** de su **certificado de asistencia** (como por ejemplo certificado, reporte de calificación, transcripción, materias) junto con el **recibo de pago** (como por ejemplo, cheque, prueba de transacción del entrenamiento/entrenador) y una copia del recibo de registro y horario de clases en el plazo de 90 días después que sucede el entrenamiento- sin excepción.
3. Los solicitantes aprobados recibirán un aviso; y las aplicaciones incompletas recibirán una carta explicando las razones por las cuales se han negado o cuales son los documentos adicionales necesitados.

PETICION: Entrenamiento de las 8 Categorías del Centro del Conocimiento (escoja uno)

Curso Taller Conferencia Créditos Otro

Nombre del Entrenamiento _____

Entrenador/Organización _____

Teléfono del Entrenador: _____

Fecha Inicial: ____ / ____ / ____ Fecha de Culminación : ____ / ____ / ____

Costo para Registrarse: \$ _____ Materiales u otros artículos necesitados. Costo:\$ _____

: Descripción de materiales u gastos misceláneos: \$ _____

Cantidad de la Petición: \$ _____

PETICIÓN PARA LOS SERVICIOS DE MENTOR/ASESOR:

Servicio de Mentor/Asesor. El servicio de Mentor/Asesor se ofrece con becas (cuando se cuenta con la financiación) a los participantes aptos de IdahoSTARS. Los servicios de mentores también se ofrecen para proveedores y directores del cuidado infantil los cuales trabajan en su propio hogar, en las guarderías o en los centros del cuidado infantil. Ejemplos de proyectos se incluyen: preparación para el asesoramiento de acreditación, CDA, y del GED.

Ejemplos de metas: *Crear o mejorar un plan de negocio, mejorar las notas en la escala del ambiente, mejorar la práctica profesional con respecto al desarrollo infantil típico, entre otros.*

Proyecto particular

Meta específica (vea a los ejemplos arriba): _____

Número total de visitas con el Asesor previstas: (se recomiendan menos de 10) _____

Acreditación NAFCC – National Association of Family Child Care

Acreditación NAEYC – National Association for the Education of Young Children

Asesoramiento del CDA

Exámenes del GED

ANTES DE SOMETER, LOS SOLICITANTES DEBEN INCLUIR...

- Copia de la licencia del establecimiento*
- Copia del talón de cheque o la Forma de Ingresos completa*
- Para el reembolso de los honorarios ya pagados, someta el recibo de pago (como por ejemplo, cheque, prueba de transacción del entrenamiento/entrenador)*
- Para el reembolso de los honorarios ya pagados, someta su certificado de asistencia (como por ejemplo certificado, reporte de calificación, transcripción, materias)*
- Una aplicación para becas de entrenamiento completa y firmada*

¿Como se enteró Usted de esta beca?

- Presentación Correo Oficina de IdahoSTARS Página Electrónica de Idaho AEYC
- Página Electrónica de IdahoSTARS Colega Instructor Director Otro _____

TODO ASPIRANTE DE BECAS: Por la presente, certifico que necesito financiación para entrenamiento aprobado por IdahoSTARS y que toda la información proporcionada en esta aplicación es exacta y verdadera. Entiendo que la elegibilidad no garantiza la concesión de una beca. 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 puedo ser responsable de pagar el reembolso de cualquier dinero gastado en mi favor.

Firma: _____ **Fecha:** _____

El propósito de IdahoSTARS es asegurar un cuidado infantil de alta calidad dirigido 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 ingles)

Someta esta aplicación y los documentos necesarios al:

**IdahoSTARS
Attn: Scholarship Office
1471 Shoreline Drive, Suite 202
Boise, Idaho 83702**