



# MENTOR/ASESOR

## Forma de Aplicación para una Beca

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

### ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR UNA BECA PARA LOS SERVICIOS DE UN MENTOR/ASESOR?

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

- Trabajando directamente con niños cuando los padres trabajan o asisten entrenamiento
- Trabajando en centros que tienen horarios de tiempo completo
- (Para trabajadores del Cuidado Infantil) trabajando directamente con niños por lo menos 15 horas por semana o 780 horas en un año ganando menos de \$15 dólares por hora
- (Para Directores del Cuidado Infantil) trabajando directamente con niños, empleados y padres de familia un mínimo de 30 horas/semana o 1,560 horas al año.

**BECAS ESTAN DISPONIBLES PARA LOS ASPIRANTES CUALIFICADOS A LA MEDIDA QUE VAN APLICANDO, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LA FINANCIACIÓN.**

### ¿QUÉ PROYECTOS PUEDEN SER CUBIERTOS POR LA BECA DE UN MENTOR/ASESOR?

Mentores / Asesores están disponibles para una variedad de diferentes proyectos después de la inscripción inicial con IdahoSTARS. La lista de posibles proyectos se incluye en la página siguiente. Para más información, visite las páginas electrónicas de Idaho AEYC y IdahoSTARS en: [www.idahoaeyc.org](http://www.idahoaeyc.org) y [www.idahostars.org](http://www.idahostars.org)

### LAS BECAS DE MENTOR/ASESOR SE OTORGARÁN DE LA SIGUIENTE MANERA:

El mentor/asesor aprobado por IdahoSTARS recibirá pago por los servicios prestados al aspirante, después de haber llegado a un acuerdo en donde los dos individuos firman, y el documento de acuerdo es enviado a la Oficina del Programa de Mentores/Asesores para la aprobación de IdahoSTARS.

### INFORMACIÓN PERSONAL (EN LETRA IMPRENTA escriba su nombre como aparece en el seguro social)

Nombre	Inicial	Apellido	Otros nombres que Usted ha utilizado:
_____	_____	_____	_____
¿Es este nombre su nuevo nombre? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Es la dirección de abajo su nueva dirección? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### Favor de llenar con su información de contacto

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_ Núm. de horas de trabajo por semana \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Núm. de semanas de trabajo por año \_\_\_\_\_

Edades de los niños que usted cuida (escoja todos que aplican)

Nacimiento- 12 meses  Caminantes 13-30 meses  Preescolares 31 meses- 5 Años

5 años  Edad escolar más de 5 años  Todas las edades

Posición Actual \_\_\_\_\_ Fecha inicial de empleo \_\_\_\_\_

Salario actual por hora \$ \_\_\_\_\_/hora **Anexe recibo de pago, declaración de impuestos o la forma de ingreso mensual**

Miembro del Idaho AEYC Sí  No  Otra organización profesional de la ECE \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo \_\_\_\_\_

Dirección del Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

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

Tipo de Programa  Guardería en Hogar  Centro  con Licencia  Acreditada  Otro

**SOLICITUD DE SERVICIOS DE MENTOR/ ASESOR:**

**Proyectos Individualizados:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crear/mejorar planilla de negocio                                | <input type="checkbox"/> Mejorar las calificaciones de la evaluación ambiental |
| <input type="checkbox"/> Mejorar la práctica según al desarrollo infantil                 | <input type="checkbox"/> Capacitación del desarrollo social y emocional        |
| <input type="checkbox"/> Mentor que ayuda con el proceso de la acreditación               | <input type="checkbox"/> Mentor de preparación para el GED                     |
| <input type="checkbox"/> NAFCC – National Association of Family Child Care                |  |
| <input type="checkbox"/> NAEYC – National Association for the Education of Young Children |  |
| <input type="checkbox"/> Ayuda con la certificación de especialidad                       |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |  |

Número de visitas necesarias para completar el proyecto: (10 o menos es recomendado) \_\_\_\_\_

Nombre del Mentor con la aprobación de IdahoSTARS con quien desea trabajar (si aplica): \_\_\_\_\_

**U.S. Department of Labor Apprenticeship:**

- Dos años de aprendizaje mientras que termina el título de la educación inicial

**ASPIRANTES: DEBEN ANEXAR LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS**

- Copia de la licencia del cuidado infantil
- Copia de recibo de pago, declaración de impuestos o la forma de ingreso mensual
- La solicitud completa y firmada

**¿Cómo se enteró Usted de esta beca?**

- Presentación  
  Correo  
  Oficina Local de IdahoSTARS  
  Página Electrónica de Idaho AEYC  
 Página Electrónica de IdahoSTARS  
  Colega  
  Profesor  
  Director  
  Otro \_\_\_\_\_

***Ambos el Director/Dueño y el Proveedor/Maestro pidiendo el mentor/asesor ¡deben firmar!***

**Director/Dueño del Programa Solicitando el Mentor/Asesor** Por la presente, certifico que necesito financiación para servicios de mentor/asesor 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:** \_\_\_\_\_

**Proveedor/Maestro Solicitando el Mentor/Asesor:** Por la presente, certifico que necesito financiación para servicios de mentor/asesor 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 de Idaho pro la Educación Inicial (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)*

**Envíe esta forma y los documentos necesarios al:**

**IdahoSTARS Attn: Scholarship Office  
1471 Shoreline Drive, Suite 202 Boise, Idaho 83702-9105**