

Registro del Sistema de Desarrollo Profesional (PDS) Solicitud de Incentivos de Aniversario, Avance de Nivel y Entrenamientos Esenciales

Todos los Incentivos de Desarrollo Profesional de IdahoSTARS están sujetos a la disponibilidad de fondos

ELIGIBILIDAD

Para Ser Elegible de Recibir un Incentivo de Avance de Nivel en el Trayecto Formativo o de Aniversario Debe:

- Estar inscrito en el Registro de Desarrollo Profesional de IdahoSTARS
- Trabajar en un programa de cuidado infantil que tiene como propósito cuidar a los niños mientras los padres de familia o guardianes trabajan o asisten a la escuela
- Trabajar en un programa de cuidado infantil cuyas horas de operación van más allá del horario de los programas preescolares o académicos (K- 6º grado)
- Trabajar con los niños, personal y padres por un mínimo de 15 horas por semana o 780 horas por año

Para Ser Elegible de Recibir un Incentivo de Aniversario Debe:

- Completar un mínimo de 15 horas de entrenamiento aprobado por IdahoSTARS o un (1) crédito semestral en el campo de educación de la infancia temprana (ECE, por sus siglas en inglés) o relacionado con la educación de la infancia temprana dentro de su ciclo de aniversario.
- El entrenamiento debe ser completado antes del primer día de su mes de aniversario y la solicitud debe tener sello postal de antes del último día de su mes de aniversario.

Para Recibir el Incentivo de Avance de Nivel Debe:

- Completar la Credencial de Asociado en Desarrollo Infantil (CDA), 12 créditos universitarios o Completar un Grado académico en educación de la Infancia temprana u otro campo relacionado con la educación de la infancia temprana mientras está registrado en el Registro del Sistema de Desarrollo Profesional.

Para Recibir el Incentivo de los Entrenamientos Esenciales Debe:

- Completar todos los entrenamientos de una de las series de los Entrenamientos Esenciales.

TODAS LAS HORAS DE ENTRENAMIENTO DEBEN APARECER EN SU CUENTA DE FORMACIÓN DE IDAHOSTARS AL MOMENTO DE LLENAR LA SOLICITUD.

Si tiene alguna pregunta, por favor marque 2-1-1 desde su teléfono o al 1-800-926-2588 y pida hablar con la Oficina de Entrenamiento de IdahoSTARS

PARA ENVIAR UNA SOLICITUD DE INCENTIVO

ENVIE SU SOLICITUD POR CORREO O FAX Y LA DOCUMENTACION DE APOYO A:

**IdahoSTARS
Attn: PDS Registry
4355 W Emerald St., Ste 250
Boise, ID 83706
FAX: 208-345-6569
EMAIL: pds@idahoaeec.org**

Recuerde Adjuntar copias de los siguientes Documentos de Apoyo:

- Documentación del diploma/título más avanzado y transcripciones de Unidades de Educación Continua. **(Los Proveedores sólo deben adjuntar títulos nuevos o transcripciones no enviadas a la oficina del Registro con anterioridad.)**
 - La documentación debe mostrar la fecha de terminación y área principal de estudio (mayor)
 - Pueden ser transcripciones Oficiales o no oficiales
 - Debe mostrar el área principal de estudio (mayor)
- Tarjeta actualizada de Primeros Auxilios Pediátricos

- Tarjeta actualizada de RCP de Infantes/Niños Pequeños o Pediátrica
- Licencia actualizada del Servicio de Cuidado Infantil (si aplica)
- Licencia de Trabajador de Cuidado Infantil actualizada (si aplica)

Si su nombre ha cambiado, adjunte copias de:

- Tarjeta de Seguro Social con su nombre actual completo
- Forma W-9 firmada, con la fecha y su nombre actual completo



Registro del Sistema de Desarrollo Profesional (PDS) Solicitud de Incentivos de Aniversario, Avance de Nivel y Entrenamientos Esenciales

Todos los Incentivos de Desarrollo Profesional de IdahoSTARS están sujetos a la disponibilidad de fondos

SECCION A: TIPO DE INCENTIVO QUE SOLICITA

Marque la casilla del tipo de incentivo que solicita (puede marcar más de uno):

Aniversario Avance de Nivel Entrenamientos Esenciales

SECCION B: SOLICITANTE

Nombre: (Como aparece en su tarjeta de seguro social): _____

¿Ha cambiado su nombre?: Si No Su nombre anterior: _____

Si su nombre ha cambiado, envíe (por correo o fax) una copia de su **Tarjeta de Seguro Social con el nombre actual y el formulario W9.**

Dirección de correspondencia: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Cambió su dirección recientemente : Si No

Teléfono personal: _____ Teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____

Idioma:

¿Es su idioma principal el Español? Si No Si no, ¿Cuál es su idioma principal? _____

¿Habla usted otro idioma? Si No Si, ¿Cuál idioma? _____

¿Es usted miembro de la Asociación para la Educación de la Primera Infancia en Idaho (IdahoAEYC)? Si No

Si no, ¿le gustaría recibir información sobre cómo podría convertirse en miembro? Si No

SECCION C: EMPLEO ACTUAL

Nombre del programa donde labora actualmente: _____

Dirección del programa: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono del Programa de Cuidado Infantil: _____

Fecha de Contratación: ____ / ____ / ____ Salario por hora: _____ o Salario: _____

¿Cuántas horas trabaja directamente con niños, personal y padres de familia? Semana: ____ o Año: _____



Cambio de Empleo

¿Tiene un nuevo empleo desde su última solicitud de incentivos? Si No

Si contestó si, por favor complete la información de su empleo anterior a continuación.

Nombre del Empleo Anterior: _____

Fecha de Terminación del Empleo Anterior: ____ / ____ / ____

Fecha de Inicio en el Empleo Actual: ____ / ____ / ____

Por favor marque la categoría que mejor describe su lugar de trabajo:

- Centro de Cuidado Infantil (13 o más niños) Cuidado Infantil en Familia (1-6 niños)
- Cuidado Infantil en Grupo (7-12 niños) Proveedor de Cuidado Infantil con parentesco

El título de su cargo actual (marque el que mejor describa su título)

- Director Asistente del profesor Proveedor con parentesco
- Asistente del director Proveedor de Grupo Otro
- Profesor Proveedor de Cuidado Infantil en Familia

Edades de los niños bajo su cuidado: (marque todas las edades que están directamente bajo su cargo)

- Del Nacimiento a 12 meses Niños de 13 a 30 meses De edad Preescolar de 31 meses a 5 años
- De Edad Escolar (5 - 6 años) De Edad Escolar (6 - 12 años)

¿Es usted el Propietario del Programa de Cuidado Infantil? Si No

Si usted contestó Si, complete la sección E. Puede dejar en blanco la Sección D.

SECCION D. CONSENTIMIENTO DEL ASPIRANTE

Por medio de la presente certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es exacta y verdadera conforme a mi conocimiento. Además, entiendo que esta información puede ser utilizada para los siguientes propósitos: IdahoSTARS puede producir y recopilar información contenida en este formulario para ser utilizada de manera anónima para publicar reportes de datos en grupo. IdahoSTARS mantendrá confidencialmente cualquier información personal.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

SECCION E: VERIFICACION DEL EMPLEO (Para ser completada por el director o propietario)

He revisado la información del solicitante y del empleador en este formulario y certifico que esta información es verdadera y correcta conforme a mi conocimiento.

Nombre del Supervisor: _____

Título del Supervisor: _____ Teléfono: _____

Firma del Supervisor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

- Participa en ICCP Acreditado por la NAEYC Acreditado por la NAFCC Verificado en Steps to Quality

