

Formulario de Solicitud de Beca Académica

ELIGIBILIDAD

A fin de ser elegible para la beca académica, debe:

- Estar registrado en el Sistema de Desarrollo Profesional de IdahoSTARS
- Trabajar o ser propietario de un centro de cuidado infantil en Idaho, diseñado para proporcionar cuidado a los niños mientras el o los padres o guardianes trabajan o asisten a la escuela.
- Trabajar o ser propietario de un programa de cuidado infantil en Idaho, cuyas horas de operación van más allá del horario del preescolar o del horario académico (K-6°)
- En caso de ser empleado en un Centro: Tener mínimo un año de empleo en un programa de cuidado infantil que le patrocine. (**Nota:** *Su programa patrocinador es generalmente su empleador*)
- Si es dueño de un programa de cuidado infantil ubicado en familia: El programa debe tener mínimo un año de operación antes de que usted pueda solicitar una beca.
- Trabajar con niños, personal y padres de familia un mínimo de 25 horas por semana o 1300 horas por año.
- Trabajar en un centro que cuente con licencia de la ciudad o el estado.

PROCESO PARA LA OBTENCION DE LA BECA ACADEMICA

Paso 1: Enviar la Solicitud de Beca Académica y la siguiente documentación a la Oficina de Becas del Proyecto IdahoSTARS:

1. Una carta de recomendación escrita por el director/propietario
2. Una copia de la licencia del Centro de Cuidado Infantil.
3. Copia de un talón de pago reciente

ENVIAR POR CORREO, FAX, ESCANEAR o POR CORREO ELECTRONICO A:

Idaho Association for the Education of Young Children

Attn: IdahoSTARS Project Scholarship Office

4355 W Emerald, Ste 250

Boise, ID 83706

Fax: 208-345-6569

Email: dmcallister@idahoaeyc.org

Paso 2: Tras haber sido aceptado, IdahoSTARS enviará una carta y un contrato al aspirante, confirmando que la beca sería aprobada una vez que se haya firmado el contrato.

Paso 3: El aspirante y el programa patrocinador del aspirante firmarán el contrato y lo enviarán por correo postal o fax a la Oficina de Becas de IdahoSTARS, a la dirección mencionada en el paso 1.

Paso 4: El becario se inscribirá en los cursos necesarios para obtener de 9 a 16 créditos universitarios semestrales o de 14 a 26 créditos trimestrales durante el primer año en caso que desee obtener la credencial CDA, un Certificado Técnico o un Título de Asociado o Licenciatura (Bachelor) en Educación de la Primera Infancia.

Paso 5: El Proyecto IdahoSTARS pagará las cuotas directamente a la escuela.

Formulario de Solicitud de Beca Académica

Nombre: _____ ¿Has cambiado su nombre? Si No
 (Si su nombre ha cambiado, por favor imprima el Formato "Actualización-Cambio de Información") que se encuentra en el sitio web de IdahoSTARS www.idahostars.org, y envíe tal formato junto con la documentación requerida para esta solicitud.)

Otros nombres que ha usado: _____

Dirección para recibir correo: _____

¿Ha cambiado de dirección? Si No

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

Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono personal: _____ Teléfono en el Trabajo: _____

¿Tiene membresía de IdahoAEYC (Asociación para la Educación de los Niños Pequeños)? Si No
 Si no es miembro de IdahoAEYC, cuenta con membresía de alguna otra organización profesional a favor de la Educación de la Infancia Temprana (Por favor considere que IdahoSTARS no califica como organización de membresía) Sí No
 (En caso de haber respondido Si, escriba el nombre de la Organización y su número de membresía)

EMPLEO ACTUAL

Lugar de empleo :(Nombre del Centro) _____

Dirección: _____

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

Rangos de Edad y Programas: (Marque todas las edades que están directamente a su cargo)

- Nacimiento a 12 meses Maternales: 13-30 meses Preescolares: 31 meses a 5 años
 Edad Escolar: 5-6 años Edad Escolar: 6-12 años Todas las edades

Número total de niños inscritos en el programa: _____

El Programa de Cuidado Infantil tiene: Licencia del Estado Si No Licencia de la Ciudad: Si No
 (Favor de incluir una copia de la licencia con esta solicitud)

Por favor marque todas las casillas que correspondan. El Programa de Cuidado Infantil es:

- Parte del Programa para el Cuidado de los Niños de Idaho (ICCP): Si No
 Acreditado por la NAEYC/NAFCC: Si No
 Participante del Programa QRIS (El Sistema de Evaluación y Mejora de la Calidad): Si No

SI ES EMPLEADO DE UN CENTRO:

Número de horas que trabaja con niños, padres o personal por semana: _____

Salario Actual por Hora: _____

Puesto actual: Asistente de Profesor Profesor Asistente de Director Director

Fecha de Inicio en el Empleo: _____

Nombre del Propietario/Director: _____

Correo Electrónico del Propietario/Director: _____

SI ES PROPIETARIO DE UN PROGRAMA DE CUIDADO INFANTIL EN FAMILIA:

Número de horas que trabaja con niños, padres o personal por semana: _____

Ingreso Mensual: _____ Fecha de Inicio de Operación del Programa: _____

SOBRE LA BECA:**En caso de que se le otorgue la beca, qué grado académico buscaría: (elija uno)** Bachelor (Licenciatura) Asociado Certificado Técnico Credencial CDA Cursos para la renovación de CDA**¿Está inscrito actualmente en un programa de estudios para la obtención de un grado universitario?** Si No**En caso de obtener la beca, ¿a qué Colegio o Universidad le gustaría ingresar?** North Idaho College Lewis Clark State College University of Idaho Boise State University College of Southern Idaho Idaho State University TVCC BYU Idaho College of Western Idaho Otro _____¿Ha sido admitido por el colegio o Universidad de su elección? Si No¿Se ha reunido con un Consejero estudiantil y registrado para las clases? Si No¿Ha cubierto el pago de la matrícula? Si No

¿Cuál es la fecha en que espera graduarse? _____

¿Cuál es su máximo nivel de estudios en la actualidad?

 No cuento con Diploma de preparatoria (High School) Cuento con Diploma de preparatoria (High School) / GED CDA Certificado Técnico Grado de Asociado Licenciatura (BA) Maestría (MA) Doctorado (Ph.D.)

METAS PROFESIONALES

Por favor describa sus metas profesionales a corto plazo:

Por favor describa sus metas profesionales a largo plazo:

Por favor describa de qué manera una Beca Académica le ayudaría a alcanzar tanto las metas profesionales de corto, como de largo plazo.

***Por favor adjunte una carta de recomendación de su director o propietario del programa de cuidado infantil a esta solicitud.**

CONSENTIMIENTO DEL ASPIRANTE

Por medio de la presente certifico que estoy solicitando ayuda financiera a través de una beca académica a fin de conseguir un grado universitario o vocacional en educación inicial. Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y exacta hasta donde entiendo.

Firma: _____ **Fecha:** _____

CONSENTIMIENTO DEL DIRECTOR O PROPIETARIO

Estoy de acuerdo en firmar un contrato para apoyar al aspirante y cumplir con los siguiente:

1. Proporcionar una carta de recomendación escrita al empleado.
2. Proporcionar hasta 80 horas de tiempo libre para sus estudios, (se sugieren 2 horas a la semana), mientras el empleado asiste a clases. El tiempo libre será verificado por la oficina de becas al emitir mensualmente los reportes enviados por el director o propietario del centro.
3. Seguir todas las Políticas y Procedimientos de las Becas Académicas de IdahoSTARS.
4. Al concluir satisfactoriamente los 3 semestres o 4 trimestres, este Programa de Cuidado Infantil otorgará un aumento salarial del 2% al empleado.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nota Importante: Si el **Director/Propietario no es un administrador autorizado**, una persona con tales facultades deberá firmar a continuación. Un "Administrador Autorizado" sería la persona responsable de los pagos al personal, documentos financieros y contratos.

Nombre del Administrador Autorizado(escribe en letra de molde): _____

Firma del Administrador Autorizado: _____ **Fecha:** _____

Número de Contacto del Administrador Autorizado: _____

Dirección para correo (En caso de ser diferente a la del director/propietario):
