

Solicitud para el Sistema de Guardería de Alta Calidad en Mono/Alpine 2020-2021

Programa de Estipendios en La Senda de la Fuerza de Trabajo de Mono/Alpine Workforce Pathways Stipend Program (WPSP)* & NUEVOS SOLICITANTES del Sistema de Guardería de Alta Calidad de Mono/Alpine

SISTEMA PARA MANTENER EN ALTA CALIDAD LAS GUARDERÍAS

LO QUE SIGNIFICA LA "ALTA CALIDAD" EN EL CUIDADO INFANTIL

BAJA PROPORCIÓN DE ALUMNOS POR DOCENTE Y GRUPOS PEQUEÑOS

ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA APROPIADAS A LA EDAD

UN AMBIENTE SEGURO Y QUE CONDUCE A UNA ENSEÑANZA CAUTIVADORA

ACTIVIDADES QUE ALIENTAN LOS DESARROLLOS FÍSICO, SOCIAL Y EMOCIONAL

PERSONAL CUALIFICADO, A QUIEN SE LE APORTA OPORTUNIDADES DE DESARROLLO PROFESIONAL

Mandar por correo electrónico, correo postal o entregar a mano las solicitudes completas al:

Courtney Powell, LPC Coordinadora

Dirección: PO Box 130/ 451 Sierra Park Rd. Mammoth Lakes CA 93546

Correo Electrónico: cpowell@monocoe.org

SurveyMonkey: <https://www.surveymonkey.com/r/RL7JH3G>

Fecha de vencimiento es el 2 de septiembre del 2020

**** NO ACEPTAMOS SOLICITUDES INCOMPLETAS ****



Mono County Child Care Council



Quality Counts California (QCC) funding streams/ administered by:
(Programs defined on page 4)

California Department of Education:

Quality Counts California Workforce Pathways Grant (WPSP) 2020-21/ Mono County Office of Education
California State Preschool Program Quality Rating and Improvement System Block Grant (CSPP QRIS BG)/ First 5 Mono
and Preschool Development Grant Renewal (PDG-R)/ First 5 Mono

First 5 California:

Improve and Maximize Programs so Children Thrive (IMPACT)/ First 5 Mono
Regional Training and Technical Assistance Hub/ First 5 Mono
and First 5 Mono/ First 5 Mono

Por favor elija todos que aplican

- Nivel del Sitio (Solicitante Nuevo del Sistema de Guardería de Alta Calidad de Mono/Alpine p 1)
- Nivel Individual (Quality Counts California Mono/Alpine Workforce Pathway Stipend Program pp 1-3)

INFORMACIÓN DE PARTICIPANTE

Apellido		Nombre		Inicial del Segundo nombre	
Dirección de Casa					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Dirección de Correo (si sea diferente que la dirección de casa)					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de Teléfono de Casa <i>(Incluya Código de área)</i>			Número de Teléfono Celular <i>(Incluya Código de área)</i>		
Correo Electrónico					
¿De qué manera prefiere que le comunicamos? <input type="checkbox"/> Llama Telefónica <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto – Por favor indique la compañía (Verizon, AT&T, etc.): _____					
Su número de registro de nueve dígitos de Workforce Registro _____ - _____ - _____					
<input type="checkbox"/> Marque si necesita apoyo para matricularse por una identificación del Registro de Workforce					
Mono/Alpine Programa de Estipendios de Pasos a la Fuerza (WPSP) Información Adicional					

INFORMACIÓN DE EMPLEO

¿Ha trabajado en su empleo de aprendizaje temprano/ cuidado de niño por lo menos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí <i>(Si contesta sí, por favor continúe con esa solicitud)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(Si contesta no, Ud. no tiene las cualificaciones mínimas para el programa de estipendios. Por favor no continúe con la solicitud)</i>	
¿Acepta subsidios estatal su empleador de aprendizaje temprano/ cuidado de niño? <input type="checkbox"/> Sí <i>(Si contesta sí, por favor continúe con esa solicitud)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(Si contesta no, Ud. no tiene las cualificaciones mínimas para el programa de estipendios. Por favor no continúe con la solicitud)</i>	
Cantidad de años/meses que Ud. ha estado empleado en su posición de aprendizaje temprano/ cuidado de niños: _____ años _____ meses	
¿En cuál tipo de ambiente del cuidado de niño/programa trabaja Ud.? <input type="checkbox"/> Un centro de cuidado <input type="checkbox"/> Familia, Amigo o vecino (FFN por as siglas en ingles) <input type="checkbox"/> Un centro escolar <input type="checkbox"/> Otro (Por favor nombra específicamente) <input type="checkbox"/> Casa de cuidado de Niños Familiar (FCC por las siglas en inglés) _____	

Nombre de la Instalación donde Ud. trabaja:															
Nombre del director:	Número del Teléfono del sitio:														
¿Cuántos niños bajo su cuidado tienen discapacidades? _____															
¿Cuántos niños bajo su cuidado tienen un Plan de Servicios Familiares Individual o Plan Educativo Individual (IFSP/IEP)? _____															
¿Cuántos niños bajo su cuidado están aprendiendo dos lenguajes? _____															
<p>¿Cómo se identifica su raza/etnicidad? (Selecciona todos que aplican)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiana o Otra Isla del Pacífico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asiático</td> <td><input type="checkbox"/> Caucásico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano</td> <td><input type="checkbox"/> Otra</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hispánico o Latino</td> <td><input type="checkbox"/> Negar de declarar</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiana o Otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Hispánico o Latino	<input type="checkbox"/> Negar de declarar						
<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiana o Otra Isla del Pacífico														
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Caucásico														
<input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano	<input type="checkbox"/> Otra														
<input type="checkbox"/> Hispánico o Latino	<input type="checkbox"/> Negar de declarar														
<p>¿Cuál es su lengua principal? (Escoja uno)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inglés</td> <td><input type="checkbox"/> Mandarino</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Español</td> <td><input type="checkbox"/> Punyabí</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Árabe</td> <td><input type="checkbox"/> Ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Armenio</td> <td><input type="checkbox"/> Filipino (Pilipino o tagalo)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hmong</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Japonesa</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Mandarino	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Punyabí	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Filipino (Pilipino o tagalo)	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Coreano	
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Mandarino														
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Punyabí														
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Ruso														
<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Filipino (Pilipino o tagalo)														
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Vietnamita														
<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Otro: _____														
<input type="checkbox"/> Coreano															

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Por favor, marque cada caja después de leer cada oración con cuidado, firmar y notar la fecha.

Yo entiendo:

- Debo completar un Plan de Crecimiento Profesional con una consejera de Mono/Alpine WSP
- Es requerido participar en 2 a 3 sesiones de aviso después del consejo
- Puedo participar en los dos programas, First 5 Mono Fuentes de Fondos para el Sistema de Alta Calidad de Cuidado de Niños y WSP (los programas tienen requisitos individuales)
- Entregar una solicitud no es garantía de que recibirá un estipendio

- Todos los estipendios son ingreso tributable y requieren un formulario de W-9
- Falta de o información incorrecta podría resultar en la descalificación de mi solicitud
- La cantidad final de los estipendios dependerá en la cantidad de solicitantes con éxito
- Proveer información falsa resultará en la descalificación de mi solicitud

MI FIRMA INDICA QUE ESTOY DE ACUERDO Y PROMETA SEGUIR LAS REGLAS DEL PROGRAMA Y PROVEER TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA CERTIFICAR MI ELIGIBILIDAD DE PARTICIPAR. DECLARO BAJA PENA DE PERJURIO QUE TODA LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE HA PROVEIDO ES LA VERADADERA Y CORRECTA A MI SABER Y ENTENDER.

Firma del Solicitante

Fecha

Glosario de Términos

Fuentes de Fondos para el Sistema de Guardería de Alta Calidad: First 5 de Mono ofrece consejos, desarrollo profesional, grupos de Práctica de la Comunidad y estipendios después del completar los requisitos del Programa de los Centros de Cuidado y Educativos, Las Escuelas Preescolares, Casa de Cuidado Familiar (FCCH) y proveedores de cuidado de Familias, Amigos y Vecinos (FFN) para apoyar cuidado de niños y educación en nuestra comunidad como parte del Iniciativo del Estado de California de La Calidad Cuenta. Sitios interesados en participar con el programa deben completar y entregar la página primera de esa solicitud o comuníquese con la Coordinadora del Sistema de Cuidado de Alta Calidad, Annaliesa Calhoun (inglés) acalhoun@monocoe.org o Elvira Félix de Cecena (español) efelixdececna@mnocoe.org, o por llamar al 760.924.7626. Los sitios que continúan participar recibirán una llamada de sus consejeras. Para aprender más visite nuestra página de web: <https://www.first5mono.org/childcare-quality/>

El Programa de Estipendios QCC Mono/Alpine Workforce Pathways (WPSP): La beca de Workforce Pathways fue designado para retener personal/empleados. La meta es mejorar y reforzar el trabajo de los cuidadores de aprendizaje temprano y cuidado de niños con un equipo de consejeras. El equipo de consejeras se enfocará en los requisitos para establecer un plan de crecimiento profesional que consiste en juntar con consejeras 2 a 3 veces por año y completar una hora de crecimiento profesional en una de las siguientes maneras: Desarrollo profesional, recibir un título o un avance en la matriz del Desarrollo de Cuidado de Niños del Estado de California. Si un proveedor complete el programa con éxito estará elegible por un estipendio basado en su nivel de terminación. Proveedores Individuales interesados en participar deben completar las páginas una a tres de esta solicitud o comunicarse con la Coordinadora del Programa de Estipendios de Sendas a La Fuerza de Trabajo, Courtney Powell cpowell@monocoe.org, o por llamar al 760.934.0031 ext. 136.