

**Box is for Administrator Use Only:**

Family ID: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_



## Solicitud de Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway I

### Información del menor

**Nota:** No incluya en este formulario a niños que el 1 de septiembre tendrán 5 o más años de edad.

Información completa de todos los niños que desea que se consideren para una beca. Llene solicitudes por separado para los niños que viven en diferentes direcciones. Los hermanos son hijos que tienen en común a uno o ambos padres por consanguinidad, matrimonio o adopción, incluso los hermanos definidos por el código o la costumbre tribal de los menores. **Si el Hijo N.º 2 y/o el Hijo N.º 3 es un hermano que al 1 de septiembre todavía no tendrá 3 años de edad, ese niño deberá asistir al mismo programa que el Hijo N.º 1 a la fecha de la adjudicación.**

**Hijo N.º 1** \*¿Se encuentra este menor bajo cuidado de acogida?:  Sí  No

\*Primer nombre legal del menor: \_\_\_\_\_ \*Segundo nombre legal del menor: \_\_\_\_\_

\*Apellido(s) legal(es) del menor: \_\_\_\_\_ \*Sexo del menor (marque uno):  Masculino  
 Femenino

\*Fecha de nacimiento del menor: MM/DD/AAAA \_\_\_\_\_

Origen étnico del menor (opcional – marque uno):  Hispano/latino  No hispano/No latino

Raza (opcional – marque todo lo que corresponda):  Indio norteamericano o nativo de Alaska  
 Negro o afroamericano  Isleño del Pacífico o nativo hawaiano  Asiático  Blanco

\*Nombre el programa de preschool, Head Start o de cuidado infantil donde planea usar una beca. *(Si no selecciona un programa, déjelo en blanco)*

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Asiste su hijo actualmente a este programa?  Sí  No

¿Necesita ayuda para escoger un programa?  Sí  No

## Hijo N.º 2

\*¿Se encuentra este menor bajo cuidado de acogida?:  Sí  No

\*Primer nombre legal del menor: \_\_\_\_\_ \*Segundo nombre legal del menor: \_\_\_\_\_

\*Apellido(s) legal(es) del menor: \_\_\_\_\_ \*Sexo del menor (marque uno):  Masculino  
 Femenino

\*Fecha de nacimiento del menor: MM/DD/AAAA \_\_\_\_\_

Origen étnico del menor (opcional – marque uno):  Hispano/latino  No hispano/No latino

Raza (opcional – marque todo lo que corresponda):  Indio norteamericano o nativo de Alaska  
 Negro o afroamericano  Isleño del Pacífico o nativo hawaiano  Asiático  Blanco

\*Nombre el programa de preschool, Head Start o de cuidado infantil donde planea usar una beca. *(Si no selecciona un programa, déjelo en blanco)*

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Asiste su hijo actualmente a este programa?  Sí  No

¿Necesita ayuda para escoger un programa?  Sí  No

## Hijo N.º 3

\*¿Se encuentra este menor bajo cuidado de acogida?:  Sí  No

\*Primer nombre legal del menor: \_\_\_\_\_ \*Segundo nombre legal del menor: \_\_\_\_\_

\*Apellido(s) legal(es) del menor: \_\_\_\_\_ \*Sexo del menor (marque uno):  Masculino  
 Femenino

\*Fecha de nacimiento del menor: MM/DD/AAAA \_\_\_\_\_

Origen étnico del menor (opcional – marque uno):  Hispano/latino  No hispano/No latino

Raza (opcional – marque todo lo que corresponda):  Indio norteamericano o nativo de Alaska  
 Negro o afroamericano  Isleño del Pacífico o nativo hawaiano  Asiático  Blanco

\*Nombre el programa de preschool, Head Start o de cuidado infantil donde planea usar una beca. *(Si no selecciona un programa, déjelo en blanco)*

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Asiste su hijo actualmente a este programa?  Sí  No

¿Necesita ayuda para escoger un programa?  Sí  No

*Si usted presenta una solicitud para más de tres (3) niños, use la página adicional que hay al final de la solicitud para escribir la información de los demás niños.*

## Información del padre/la madre/el tutor legal

El padre/la madre o el tutor legal debe llenar esta sección.

**Nota: Si cualquiera de los niños se encuentra bajo cuidado de acogida, pase por alto esta sección y llene la sección titulada "Información del cuidado de acogida".**

\*Primer nombre legal: \_\_\_\_\_ Inicial 2.º nombre: \_\_\_\_\_

\*Apellido(s) legal(es): \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_ Apto/Unidad N.º: \_\_\_\_\_

\*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Cód. postal: \_\_\_\_\_ \*Condado: \_\_\_\_\_

\*Número telefónico \_\_\_\_\_ \*Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento (solo si el padre/la madre es menor de 21 años): \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

\*Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Tutor legal (designado por un tribunal)  
\_\_\_\_\_ Otro/a: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa): \_\_\_\_\_

\*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Cód. postal: \_\_\_\_\_ \*Condado: \_\_\_\_\_

### ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? Marque uno:

\_\_\_ Menos de la secundaria completa \_\_\_ Secundaria o GED  
\_\_\_ Algo de universidad, sin diploma \_\_\_ Diploma universitario

### ¿Cuál es su condición de empleo actual? Marque uno:

\_\_\_ Empleado a tiempo completo (25 o más horas/semana)  
\_\_\_ Empleado a tiempo parcial (menos de 25 horas/semana)  
\_\_\_ Desempleado, busca empleo \_\_\_ Desempleado, no busca empleo

### ¿Qué idioma habla más su familia en la casa?

\_\_\_ Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Somalí \_\_\_ Hmong \_\_\_ Vietnamita  
\_\_\_ Otro/a: \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Reside su familia actualmente, o ha residido en algún momento, durante los 24 meses pasados, en cualquiera de los siguientes por una penuria económica o pérdida de la vivienda? Marque todo lo que corresponda.

- \_\_\_ Refugio
- \_\_\_ Mudándose de uno a otro lugar
- \_\_\_ Compartiendo habitación temporalmente con otros familiares o amigos
- \_\_\_ Automóvil, afuera, espacio público, hotel o motel

## Información de contacto adicional

Si hay dos padres o tutores legales en el grupo familiar, el segundo debe incluirse a continuación. Al incluir a esta persona adulta, usted autoriza al Administrador de Área a contactarla para platicar sobre la información que contiene este formulario.

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2.º nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s): \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apto/Unidad N.º: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor o los menores: \_\_\_\_\_

## Para una agencia de protección de menores

Agencia remitora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Número telefónico de la agencia remitora: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico de la agencia remitora: \_\_\_\_\_  
Identifique al empleado remitir: \_\_\_\_\_

**El trabajador de la agencia de cuidado de acogida debe llenar esta sección**  
*Si no corresponde, continúe en la página 5.*

## Información del cuidado de acogida

Si uno o más niños se encuentran bajo cuidado de acogida, incluya la siguiente información. Al llenar esta sección usted se designa como persona de contacto para el Administrador de Área si hubiera necesidad de platicar sobre la información que contiene este formulario.

Agencia de cuidado de acogida: \_\_\_\_\_  
Dirección de la agencia de cuidado de acogida: \_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_  
Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Contacto con el padre/la madre de acogida – Información opcional

Primer nombre del padre/la madre de acogida: \_\_\_\_\_ Apellido(s) del padre/la madre de acogida: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_ Distrito escolar de residencia: \_\_\_\_\_  
Número telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Verificación del ingreso de la familia: Escoja la Opción 1 o la Opción 2.

### Opción 1: Programas públicos con financiamiento federal

Si usted participa actualmente en uno de los programas que figuran a continuación, debe adjuntar un documento oficial que demuestre su participación en el programa:

- Minnesota Family Investment Program (MFIP - Programa de Inversión Familiar de Minnesota)
- Child Care Assistance Program (CCAP - Programa de Asistencia para Cuidado de Menores)
- Free and Reduced-Price Lunch Program (FRLP - Programa de Comida Escolar Gratuita o a Precio Reducido)
- Child and Adult Care Food Program (CACFP - Programa de Alimentos para el Cuidado de Menores y Adultos) (*por el ingreso, vea la nota más abajo*)
- Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas)
- Food Support (SNAP - Asistencia Alimentaria)
- Head Start (Asistencia para la Primera Infancia)
- Foster Care (Cuidado de acogida)

**Entre los comprobantes de participación aceptables se incluye:** Notificación oficial en papel membretado del programa; solicitud con aprobación/firma del programa (es decir, solicitud de CACFP o FRPL aprobada); formulario de autorización del programa público; factura o recibo actual del programa (es decir., factura del sistema MEC<sup>2</sup> de CCAP); o captura de pantalla del registro del sistema oficial de un programa (es decir, situación de comida escolar gratuita o a precio reducido en el sistema Infinite Campus).

El comprobante de participación debe estar fechado y ser válido dentro de los seis meses de la fecha de adjudicación y ser válido para el mismo año fiscal/escolar si se usa un programa anual, tal como FRPL. El comprobante debe incluir el nombre del padre/la madre o el tutor y/o el niño o los niños en la solicitud de beca.

**Entre los comprobantes no aceptables se incluye:** carta de notificación de lista de espera, solicitud no aprobada, documentación sin fecha y/o documentación vencida.

**Nota:** *Las familias no pueden ser elegibles para becas según su ingreso en base solamente a la elegibilidad de un área para un proveedor de CACFP. Las familias deben ser elegibles según su propio ingreso.*

**Si sus hijos *no* participan en uno de los programas con financiamiento federal enumerados en la Opción 1 más arriba, entonces deberá demostrar la elegibilidad de su ingreso y su verificación completando la Opción 2.**

### Opción 2: Directivas para la Tabla de verificación del ingreso de los adultos en el grupo familiar (pág. siguiente)

En la Tabla de verificación del ingreso de los adultos en el grupo familiar, enumere a todos los miembros del grupo familiar, incluso **todos los que viven en el grupo familiar**, sean parientes o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos) y que comparten el ingreso y los gastos. El solicitante se debe incluir a sí mismo y también a todos los menores que viven con él. Enumere a todos los adultos que comparten gastos como miembros del grupo familiar.

**Adjunte un comprobante aceptable de todo el ingreso correspondiente a cada adulto de la lista**, que incluye el formulario impositivo del año anterior, el formulario W-2, los dos talones de cheque salarial más recientes, una declaración de asistencia financiera o la declaración de un empleador en papel membretado de la compañía. Si algún miembro del grupo familiar no tiene ingreso, presente la *Autodeclaración de no percepción de ingresos* de la página 13.

**Los grupos familiares no incluyen a** otras personas que son económicamente **independientes**, tal como un coinquilino o “roommate”. [Vea esta guía para interpretar la determinación del tamaño del grupo familiar para programas del Departamento de Agricultura de EE. UU. \(USDA\) tales como la comida escolar gratuita o a precio reducido.](#)

En la siguiente **Tabla de menores en el grupo familiar**, enumere a todos los bebés, niños y estudiantes hasta el 12.º grado que hay en el grupo familiar, incluso si no están emparentados. Adjunte una página adicional si fuera necesario.

### Tabla de verificación del ingreso de los adultos en el grupo familiar

Adultos (nombre completo)	Pago salarial bruto <i>No escriba el salario por hora.</i>				Trabajo agrícola o por cuenta propia	Manutención de menores, Pensión alimenticia				Todos los demás ingresos				No tiene ingreso			
<p><b>Para los propósitos de este programa, los miembros de su grupo familiar son “toda persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no esté emparentada con usted”.</b></p> <p>Enumere el nombre completo de cada miembro del grupo familiar y su ingreso, en dólares sin centavos. Incluya a todo estudiante universitario que vive temporalmente fuera del hogar. *Si alguna de las personas de la lista no tiene ingreso, marque la última columna. Nota: usted presentará luego la autodeclaración de no percepción de ingreso.</p>	Pago bruto antes de las deducciones (no el sueldo neto) (\$)	Semanal	Bisemanal	2 x mes	Mensual	Ingreso neto después de los gastos del negocio. Aclare si es anual o mensual. (\$)	Pagos recibidos. (\$)	Semanal	bisemanal	2 x mes	Mensual	Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios de veteranos, etc. (\$)	Semanal	Bisemanal	2 x mes	Mensual	Marque si este adulto no tiene ingreso.
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### Menores en el grupo familiar

Primer nombre del menor:	Apellido(s) del menor:	Edad del menor	Menor acogido: Si alguna agencia o tribunal tiene responsabilidad legal sobre el menor, marque el círculo.
			<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>

## Acuerdo de cumplimiento de requisitos (por favor léalo)

**Al firmar esta solicitud, usted confirma que ha leído, comprendido y aceptado los requisitos y los elementos indicados a continuación del Programa de becas de aprendizaje en la primera infancia.**

La información que contiene esta solicitud es veraz y se ha reportado el ingreso de todos los miembros del grupo familiar. Si declaro información falsa deliberadamente, mi hijo puede perder la beca y es posible que yo deba reembolsar al estado los fondos que ya se hayan pagado.

**Mi hijo de 3 a 5 años** de edad debe hacerse una evaluación de la primera infancia dentro de los 90 días calendario de recibida la beca o de iniciar un programa que utiliza una beca. Entiendo que la evaluación no es obligatoria para niños menores de 3 años, a menos que el niño cumpla 3 años mientras recibe la beca.

Mi hijo seguirá siendo elegible para recibir una beca hasta el 31 de agosto del año en que sea elegible para asistir al Kindergarten, o hasta que tenga 5 años de edad, a más tardar, el 1 de septiembre, siempre que haya fondos estatales disponibles.

Notificaré al Administrador de Becas del Área cuando mi hijo deje de asistir al programa donde utilizamos una beca.

Notificaré al Administrador de Becas del Área si me mudo a otro domicilio o cambia mi información de contacto.

Mi hijo tiene que estar inscrito en un programa Parent Aware participante dentro de los 10 meses de que le adjudiquen una Beca de aprendizaje en la primera infancia; en caso contrario, la beca se cancelará. La beca puede cancelarse antes de los 10 meses si no comunico al Administrador de Becas del Área mi intención de utilizar la beca.

Las Becas de aprendizaje en la primera infancia no pueden pagar más de 25 días de ausencia, 10 días de vacaciones del programa y 11 días feriados del programa. Yo pagaré de mi propio bolsillo las ausencias que superen los 25 días.

Si el programa deja de participar en Parent Aware, puede que yo no pueda continuar usando la Beca de aprendizaje en la primera infancia para ese programa. Si eso sucede, el Administrador de Becas del Área puede ayudarme a escoger un nuevo programa. A partir del 1 de julio de 2020, solamente podrán recibir becas los programas calificados con 3 o 4 estrellas.

Si tengo un hogar de cuidado infantil calificado por Parent Aware, comprendo que no podré utilizar la Beca de aprendizaje en la primera infancia de mi propio hijo en mi hogar de cuidado infantil con licencia. Si es necesario, el Administrador de Becas del Área puede ayudarme a escoger un nuevo programa para mi hijo.



## Consentimiento requerido para compartir su información

**A fin de participar en el programa de becas, usted debe dar su consentimiento a las siguientes declaraciones.**

El Administrador de Becas del Área puede compartir con el programa elegido el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi(s) hijo(s), así como mi nombre y dirección tal como figuran en la solicitud, y también puede compartir todo monto de beca para el que mi hijo sea elegible y la fecha de adjudicación. Esto se necesita para garantizar la exactitud entre el formulario de solicitud e inscripción y la información que retiene el programa.

El Administrador de Becas del Área puede compartir el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi(s) hijo(s), así como mi nombre y dirección, tal como figuran en la solicitud, con: (1) mi distrito escolar local, con el propósito de asignar a mi hijo un número único de identificación estatal de estudiante (SSID, por las siglas en inglés) que será usado por el Administrador de Becas del Área y (2) el Departamento de Educación de Minnesota (MDE) para identificar a mi hijo y validar los pagos de la beca.

El Departamento de Educación de Minnesota (MDE) puede compartir información sobre mí y la elegibilidad de mi(s) hijo(s) para las becas de otros programas y agencias gubernamentales, incluso, entre otros: el *Child Care Assistance Program* (CCAP - Programa de Asistencia para Cuidado de Menores), trabajadores de agencias sociales tribales o de condados, el MFIP (Programa de Inversión Familiar de Minnesota), el SNAP (Asistencia Alimentaria), el Head Start (Asistencia para la Primera Infancia), las comidas escolares gratuitas o a precio reducido y el *Child and Adult Care Food Program* (CACFP - Programa de Alimentos para el Cuidado de Menores y Adultos). Dichas agencias también pueden compartir información con el Departamento de Educación de Minnesota sobre mi elegibilidad y la de mi hijo para recibir asistencia. Dicha información puede usarse a fin de verificar la elegibilidad del ingreso de mi familia para becas y de supervisar el uso de becas y otros programas de asistencia pública. Comprendo que mi consentimiento para compartir mi información permanecerá vigente por seis meses después del cese de mi beca.

Los Administradores de Becas del Área pueden compartir información de esta solicitud con el MDE, incluso mi nombre y dirección, información demográfica, nivel de educación de los padres, información del ingreso, la elegibilidad de mi hijo para cualquier Beca de aprendizaje en la primera infancia y el monto de estas, el programa donde utilice mi beca, el número de SSID de mi hijo y el hecho de que yo haya cumplido o no los requisitos del programa. Se necesita dicha información para verificar la elegibilidad, implementar programas y cumplir la ley estatal que autoriza el programa.

Para verificar que se haya realizado la evaluación, autorizo al Administrador de Becas del Área a contactar a la oficina del distrito escolar de mi hijo para comprobar el lugar y la fecha de la evaluación. La evaluación de mi hijo de 3 a 5 años de edad se realizó en el lugar indicado a continuación:

Hijo N.º 1: _____	Lugar: _____	Fecha: _____
Hijo N.º 2: _____	Lugar: _____	Fecha: _____
Hijo N.º 3: _____	Lugar: _____	Fecha: _____

**Nota:** No tengo la obligación de dar mi consentimiento para compartir mi información. Pero, si decido no hacerlo, comprendo que mi(s) hijo(s) no serán elegibles para recibir una Beca de aprendizaje en la primera infancia. La información a revelarse no incluye los documentos de respaldo adjuntos a esta solicitud.

## **Advertencia de Tennesen del Departamento de Educación de Minnesota**

Este aviso aplica a toda la información recopilada para el programa de Becas de aprendizaje en la primera infancia. Explica qué información recopilaremos y por qué lo hacemos.

### **¿Qué información estamos solicitando?**

Estamos pidiendo toda la información que se incluye en la solicitud de inscripción en el programa de Becas de aprendizaje en la primera infancia – Pathway I. De conformidad con la ley de Minnesota, parte de esa información se considera como datos privados.

### **¿Por qué le pedimos esta información?**

La información de esta solicitud se necesita para solicitar una Beca de aprendizaje en la primera infancia. Utilizaremos la información recopilada aquí, más toda información adicional relacionada, a fin de determinar la elegibilidad para el financiamiento. Se necesita dicha información para cumplir la ley estatal que autoriza el programa.

### **¿Tengo la obligación de proporcionar estos datos?**

Usted no tiene ninguna obligación legal de proporcionar los datos solicitados; sin embargo, sin esos datos no podremos determinar la elegibilidad de su hijo, por lo que no recibirá una beca.

### **¿Quién más puede ver esta información?**

Como se ha descrito en otra sección de esta solicitud, con su consentimiento informado y requerido, compartiremos su información con el programa que usted escoja, el distrito escolar de residencia y el Departamento de Educación de Minnesota. Si usted proporciona su consentimiento opcional, una entidad externa utilizará su información al evaluar la efectividad del programa de becas para el estado. Todas esas entidades, incluso el evaluador, están obligados a cumplir las leyes de prácticas de manejo de información y privacidad de Minnesota. Esas entidades no revelarán sus datos privados, salvo lo que se describe en este documento y en el consentimiento. El evaluador no debe compartir sus datos con nadie más, excepto el MDE.

Puede que también proporcionemos los datos que usted declare al Auditor Legislativo, el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y/u otras agencias legalmente autorizadas a acceder a la información, así como a toda persona autorizada por una orden judicial.

### **¿De qué otra manera puede usarse esta información?**

Podemos utilizar o revelar esta información solamente de la manera establecida en este aviso, a menos que usted nos otorgue una autorización escrita para revelar la información con otro fin o a otra entidad o persona. La información puede usarse con otro fin si el Congreso de los Estados Unidos o la Legislatura de Minnesota promulga una ley que autorice o exija otros usos.

### **¿Por cuánto tiempo se conservarán mis datos?**

Sus datos se conservarán por un mínimo de siete años.

## Página de firmas

**Al firmar a continuación, usted acepta y confirma todo lo siguiente:**

1. Confirmando que soy el padre, la madre o el tutor legal, que toda la información que contiene esta solicitud es veraz y que se ha declarado el ingreso de todos los miembros adultos del grupo familiar. Comprendo que, si declaro información falsa deliberadamente, mi(s) hijo(s) puede(n) perder la beca y es posible que yo deba reembolsar al estado los fondos que ya se hayan pagado.
2. Acepto los requisitos del programa descritos en la página del Acuerdo de cumplimiento de requisitos.
3. Acepto que mi información y/o la información de mi(s) hijo(s) se comparta tal como se describe en la página de Consentimiento requerido para compartir información.
4. Confirmando que he leído y comprendo la Advertencia de Tennessee sobre la información que recoge de mí el programa de Becas de aprendizaje en la primera infancia.

### ***Firma del padre/la madre o tutor legal***

\*Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2.º nombre: \_\_ \*Apellido(s): \_\_\_\_\_

\*Firma: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

### **Firma del padre/madre secundario(a) (opcional, no es obligatorio)**

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2.º nombre: \_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

\*Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

## **Consentimiento opcional: revelación de información y participación en una evaluación**

**Marque con sus iniciales para confirmar que ha leído, que comprende y acepta lo siguiente.**

\_\_\_\_ El Administrador de Becas del Área o el MDE puede compartir información de mi solicitud, la elegibilidad de mi hijo y el monto de toda Beca de aprendizaje en la primera infancia, así como el programa donde utilizo mi beca, con evaluadores de programas autorizados por el MDE con el fin de analizar la manera en que se gastan los fondos, la manera en que se informa a las familias sobre el programa, el efecto del programa en el desarrollo de los niños o en su preparación preescolar, la calidad de los programas de aprendizaje en la primera infancia donde se utilizan las becas y otras evaluaciones que el MDE considera pertinentes. Ningún informe público incluirá información específica que identifique a ningún niño en particular.

## Recordatorio con lista de verificación para enviar su solicitud

Repase la siguiente lista de verificación y compruebe que tiene todo lo que necesita para su solicitud.

- Completar todas las áreas obligatorias de la solicitud. Las secciones marcadas con asterisco (\*) son obligatorias. Toda la demás información es opcional.
- Llenar el formulario con bolígrafo o pluma.
- Leer atentamente cada línea de la sección de **Acuerdo y Consentimiento**, incluso el acuerdo de cumplir los requisitos del programa y el consentimiento para revelar información.
- OPCIONAL: Leer el acuerdo para participar en la evaluación y marcar con sus iniciales para dar su consentimiento.
- Leer atentamente la **Advertencia de Tennesen**.
- Marcar con sus iniciales, firmar y fechar la solicitud.
- Repasar su solicitud. La falta de elementos tales como ingreso, documentación sobre ingreso o firmas puede ser causa de demoras.
- Engrapar todos los documentos de respaldo detrás de la solicitud. Entre los documentos de respaldo se incluye:
  - Verificación del ingreso, página 7, o comprobante de la participación del niño en uno de los programas enumerados en la página 5.
  - Si usted es menor de 21 años de edad, actualmente está procurando obtener un diploma de escuela secundaria o un diploma de equivalencia general (GED) y es el padre o la madre del niño que figura en la solicitud, debe entregar un comprobante escrito (es decir, una copia de una carta oficial escrita en papel membretado oficial de la organización a la que usted asiste).
  - Si usted no tiene ningún ingreso, llene y entregue el formulario de *Autodeclaración de no percepción de ingresos* y adjúntelo a su solicitud.
  - Lleve la solicitud al Administrador de Área o envíesela según las indicaciones.
  - Conserve una copia de la solicitud y los documentos adjuntos para su propia constancia.

### Think Small

ATTN: Early Learning Scholarships  
10 Yorkton Court  
Saint Paul, MN 55117

Phone: 651-641-6604

[Thinksmall.org](http://Thinksmall.org)



## Autodeclaración de no percepción de ingresos

La siguiente declaración cumple la función de su propio testimonio (autodeclaración) de que no tiene ingresos.

Yo, \_\_\_\_\_, la persona que llena esta solicitud, atestiguo  
(declaro por mí mismo) que actualmente no percibo (no percibimos) ningún ingreso en la fecha  
\_\_\_\_\_ (MM/DD/AA).

Firma de la persona que atestigua (declara por sí misma): \_\_\_\_\_

Fecha (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

**Adjunte este formulario debidamente llenado a su solicitud de  
Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway I.**

**Hijo N.º** \_\_\_\_\_ \*¿Se encuentra este menor bajo cuidado de acogida?:  Sí  No

\*Primer nombre legal del menor: \_\_\_\_\_ \*Segundo nombre legal del menor: \_\_\_\_\_

\*Apellido(s) legal(es) del menor: \_\_\_\_\_ \*Sexo del menor (marque uno):  
 Masculino  Femenino

\*Fecha de nacimiento del menor: MM/DD/AAAA \_\_\_\_\_

Origen étnico del menor (opcional – marque uno):  Hispano/latino  No hispano/No latino

Raza (opcional – marque todo lo que corresponda):  Indio norteamericano o nativo de Alaska  
 Negro o afroamericano  Isleño del Pacífico o nativo hawaiano  Asiático  Blanco

\*Nombre el programa de preschool, Head Start o de cuidado infantil donde planea usar una beca. *(Si no selecciona un programa, déjelo en blanco)*

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Asiste su hijo actualmente a este programa?  Sí  No

¿Necesita ayuda para escoger un programa?  Sí  No

**Hijo N.º** \_\_\_\_\_ \*¿Se encuentra este menor bajo cuidado de acogida?:  Sí  No

\*Primer nombre legal del menor: \_\_\_\_\_ \*Segundo nombre legal del menor: \_\_\_\_\_

\*Apellido(s) legal(es) del menor: \_\_\_\_\_ \*Sexo del menor (marque uno):  
 Masculino  Femenino

\*Fecha de nacimiento del menor: MM/DD/AAAA \_\_\_\_\_

Origen étnico del menor (opcional – marque uno):  Hispano/latino  No hispano/No latino

Raza (opcional – marque todo lo que corresponda):  Indio norteamericano o nativo de Alaska  
 Negro o afroamericano  Isleño del Pacífico o nativo hawaiano  Asiático  Blanco

\*Nombre el programa de preschool, Head Start o de cuidado infantil donde planea usar una beca. *(Si no selecciona un programa, déjelo en blanco)*

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Asiste su hijo actualmente a este programa?  Sí  No

¿Necesita ayuda para escoger un programa?  Sí  No