DEPARTMENT OF EDUCATION

Box is for Administrator Use Only:
Family ID: _____
Date Received: _____

Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway I

Complete este formulario con tinta azul/negra o electrónicamente. La información marcada con un asterisco (*) debe ser llenada obligatoriamente por el padre/la madre o el tutor. Si cualquier pregunta se deja en blanco, el padre/la madre o el tutor deberá corregir la solicitud.

Información del menor

Proporcione información sobre 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 un hermano todavía no tiene 3 años de edad el 1 de septiembre, ese niño deberá asistir al mismo programa que el Hijo N.º 1 a la fecha de la adjudicación o estar en un grupo prioritario.

Nota: Los niños que al 1 de septiembre del actual año fiscal tendrán 5 o más años de edad no son elegibles para recibir una beca.

Hijo N.º 1

*Nombre legal del menor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

*Sexo del menor (marque uno): ☐ Masculino ☐ Femenino

¿Se encuentra este menor bajo cuidado de acogida? ☐ Sí ☐ No

Origen étnico (*marque uno*): ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que corresponda*): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Isleño del Pacífico o nativo hawaiano ☐ Blanco

¿Ha cumplido este niño con la Evaluación de la Primera Infancia? ☐ Sí ☐ No

Lugar: _____ Fecha: _____

Nombre el programa preescolar, Head Start o de aprendizaje en la primera infancia donde planea usar la beca, si se adjudica. *Si no lo sabe, déjelo en blanco.*

_____ Teléfono:_____

¿Asiste este niño actualmente a este programa? ☐ Sí ☐ No ☐ No se aplica

¿Tiene este niño un(a) hermano(a) que ya asiste a este programa con una beca activa? ☐ Sí ☐ No

Si responde Sí, escriba el primer nombre y el apellido del/de los niño(s): _____

Si presenta una solicitud para un solo niño, pase por alto esta página. Si presenta una solicitud para más de tres niños, fotocopie esta página y adjunte la(s) página(s) adicional(es) a su solicitud.

Hijo N.º 2

*Nombre legal del menor: _____
Primero segundo apellido

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

*Sexo del menor (marque uno): ☐ Masculino ☐ Femenino

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

Origen étnico (*marque uno*): ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que corresponda*): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Isleño del Pacífico o nativo hawaiano ☐ Blanco

¿Ha cumplido este niño con la Evaluación de la Primera Infancia? ☐ Sí ☐ No

Lugar: _____ Fecha: _____

Nombre el programa preescolar, Head Start o de aprendizaje en la primera infancia donde planea usar la beca, si se adjudica. *Si no lo sabe, déjelo en blanco.*

_____ Teléfono:_____

¿Asiste este niño actualmente a este programa? ☐ Sí ☐ No ☐ No se aplica

¿Tiene este niño un(a) hermano(a) que ya asiste a este programa con una beca activa? ☐ Sí ☐ No

Si responde Sí, escriba el primer nombre y el apellido del/de los niño(s): _____

Hijo N.º 3

*Nombre legal del menor: _____

Primero *segundo* *apellido*

*Fecha de nacimiento del menor: _____

MM/DD/AAAA

*Sexo del menor (marque uno): ☐ Masculino ☐ Femenino

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

Origen étnico (*marque uno*): ☐ Hispano/latino ☐ No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que corresponda*): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Isleño del Pacífico o nativo hawaiano ☐ Blanco

¿Ha cumplido este niño con la Evaluación de la Primera Infancia? ☐ Sí ☐ No

Lugar: _____ Fecha: _____

Nombre el programa preescolar, Head Start o de aprendizaje en la primera infancia donde planea usar la beca, si se adjudica. *Si no lo sabe, déjelo en blanco.*

_____ Teléfono:_____

¿Asiste este niño actualmente a este programa? ☐ Sí ☐ No ☐ No se aplica

¿Tiene este niño un(a) hermano(a) que ya asiste a este programa con una beca activa? ☐ Sí ☐ No

Si responde Sí, escriba el primer nombre y el apellido del/de los niño(s): _____

Información del padre/la madre/el tutor legal

El padre/la madre o el tutor legal de los niños incluidos en esta solicitud 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".

*Nombre legal del padre/la madre/el tutor:_____
Primero *segundo* *apellido*

*Domicilio:_____ Apto/Unidad N.º:_____

*Ciudad:_____ *Estado:_____ *Cód. postal:_____ Condado:_____

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

Fecha de nacimiento (**solo se requiere si el padre/la madre es menor de 21 años, MM/DD/AAAA*): _____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Dirección postal (*si es diferente al domicilio*): _____

Ciudad:_____ Estado:_____ Cód. postal:_____ Condado:_____

Contacto adicional 1

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.

Nombre:_____
Primero *segundo* *apellido*

Domicilio:_____ Apto/Unidad N.º:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Cód. postal:_____ Condado:_____

Número telefónico:_____ Correo electrónico:_____

Parentesco con el menor o los menores:_____

Contacto adicional 2

Opcional: Si hay otro contacto, como otro familiar, trabajador social, miembro del personal del programa u otro adulto que desee incluir en su solicitud, agréguelo aquí. Al incluir a esta persona adulta, usted autoriza al Administrador de Área a contactarla para platicar sobre la información que contiene este formulario.

Nombre:_____
Primero *segundo* *apellido*

Domicilio:_____ Apto/Unidad N.º:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Cód. postal:_____ Condado:_____

Número telefónico:_____ Correo electrónico:_____

Parentesco con el menor o los menores:_____

Información de la familia

¿Qué idioma habla más su familia en la casa? *Marque uno.*

☐ Inglés ☐ Hmong ☐ Somalí ☐ Español ☐ Vietnamita

☐ Otro/a:_____

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

¿Ha experimentado su familia alguna de las siguientes situaciones de vida en algún momento de los 24 últimos meses (incluso actualmente) debido a dificultades económicas o pérdida de vivienda? *Marque todo lo que corresponda.*

☐ Refugio ☐ Mudándose de uno a otro lugar
☐ Compartiendo habitación temporalmente con otros familiares o amigos
☐ Hotel, motel o remolque residencial ☐ Automóvil, afuera o un espacio público

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? *Marque uno.*

☐ Menos de la secundaria completa ☐ Secundaria completa o diploma de 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

¿Cómo se enteró de las Becas de aprendizaje en la primera infancia? *Marque todo lo que corresponda.*

☐ Mi programa ☐ Amigo/Familiar ☐ Otra familia en mi programa

☐ Administrador de Área ☐ Socio comunitario (como una biblioteca) ☐ Redes sociales (Facebook, Twitter)

☐ Investigación en línea ☐ Parent Aware/Child Care Aware ☐ Proveedor de servicios tribal, del condado o estatal

☐ Folleto/anuncio ☐ Otro/a: _____

Comprobante de elegibilidad por ingresos: Instrucciones

Las familias deben demostrar su elegibilidad de una de dos maneras:

Opción 1: Participación actual en uno de los siguientes programas públicos:

- Minnesota Family Investment Program (MFIP - Programa de Inversión Familiar de Minnesota)
- Free and Reduced-Price Lunch Program (FRLP - Programa de Comida Escolar Gratuita o a Precio Reducido)
- Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas)
- Head Start (Asistencia para la Primera Infancia)
- Child Care Assistance Program (CCAP - Programa de Asistencia para Cuidado de Menores)
- Child Adult Care Food Program *(CACFP - Programa de Alimentos para el Cuidado de Menores y Adultos)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
- Foster Care (Cuidado de acogida)

**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.*

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 MEC2 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 incluir el nombre del padre/la madre/el tutor y/o el niño o los niños, debe estar fechado y debe ser válido a la fecha de la adjudicación. **Entre los comprobantes no aceptables se incluye:** una carta de notificación de lista de espera, una solicitud no aprobada, documentación sin fecha y/o documentación vencida.

Opción 2: Si usted no participa en uno de los programas con financiamiento federal enumerados en la Opción 1, o si tiene documentación de uno de ellos, entonces deberá completar las dos tablas de la *Opción 2*. *Formulario de verificación de ingresos* en la página siguiente y presentar la documentación que demuestre el ingreso de su grupo familiar.

- **Instrucciones para 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. Los grupos familiares no incluyen a otras personas que son económicamente independientes, tal como un coinquilino o "roommate".
- **Instrucciones para los menores en el grupo familiar:** Enumere a todos los bebés, niños y estudiantes hasta el 12.º grado en el grupo familiar que comparten el ingreso y los gastos, aunque no sean parientes. Adjunte una página adicional si fuera necesario. Para obtener más información sobre el grupo familiar, consulte la sección titulada *"Who is in a SNAP household"* (¿Quién pertenece a un grupo familiar de SNAP?) en la página web de elegibilidad del SNAP (https://www.fns.usda.gov/snap) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).

Adjunte un comprobante aceptable de todo el ingreso correspondiente a cada adulto de la lista, que incluye el formulario W-2 del año anterior, 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. Los talones de cheque salarial deben estar fechados dentro de los seis meses de la adjudicación. Si no hay otro tipo de documentos disponible, se pueden usar los documentos de la declaración de impuestos sobre la renta del año anterior. Los documentos fiscales deben ser una copia de la versión firmada presentada al Servicio de Impuestos Internos (IRS) o incluir el aviso de confirmación si se presenta electrónicamente. Incluya un comprobante de todos los tipos de ingresos devengados. Si el grupo familiar no genera ningún ingreso, uno de los adultos del grupo debe completar el formulario de *Declaración de no percepción de ingresos del grupo familiar* al final de la solicitud.

Nota: las solicitudes para un hermano de un niño con una beca activa no necesitan presentar prueba de elegibilidad por ingresos.

Documentación de la familia para demostrar la elegibilidad por ingresos

Opción 1: Participación en un programa público

¿Participa usted actualmente en cualquiera de estos programas públicos? Marque todo lo que corresponda. Si usted participa actualmente en cualquiera de los programas que figuran a continuación, debe adjuntar un documento oficial que demuestre su participación en al menos uno como comprobante de elegibilidad.

- ☐ Minnesota Family Investment Program (MFIP - Programa de Inversión Familiar de Minnesota)
- ☐ Free and Reduced-Price Lunch Program (FRLP - Programa de Comida Escolar Gratuita o a Precio Reducido)
- ☐ Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas)
- ☐ Head Start (Asistencia para la Primera Infancia)
- ☐ Child Care Assistance Program (CCAP - Programa de Asistencia para Cuidado de Menores)
- ☐ Child Adult Care Food Program* (CACFP - Programa de Alimentos para el Cuidado de Menores y Adultos)
- ☐ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
- ☐ Foster Care (Cuidado de acogida)

Si usted actualmente **no** participa en uno de estos programas públicos, deberá completar la *Opción 2: Formulario de verificación de ingresos* en la página siguiente y presentar documentación válida sobre el ingreso para evaluar la elegibilidad.

Complete esta página y presente documentación válida sobre el ingreso si actualmente usted **no** participa en un programa público de la Opción 1.
Pase por alto esta página si actualmente participa en y puede proporcionar documentación para uno de los programas públicos de la Opción 1 enumerados en la página 5.

Opción 2: Formulario de verificación de ingresos

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

Adultos (nombre completo)	**Pago salarial bruto** *No escriba el salario por hora.*					**Trabajo agrícola o por cuenta propia**	**Manutención de menores, Pensión alimenticia**					**Todos los demás ingresos**					**Sin ingreso**
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". 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 ninguno de los adultos de la lista tiene ingresos, marque la última columna y presente el formulario *Declaración de no percepción de ingresos del grupo familiar*.	Pago bruto antes de las deducciones (no el ingreso 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.
		☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐

Menores en el grupo familiar

Primer nombre del menor:	**Apellido(s) del menor:**	**Edad del menor**	**Menor acogido: Si una agencia de condado o de servicios sociales tiene responsabilidad legal sobre el menor, marque el círculo.**
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

Si no presenta una solicitud para un niño bajo servicios de protección y/o cuidado de acogida, pase por alto esta página.

Para un niño bajo servicios de protección

Si su hijo no recibe servicios de protección de menores, deje esta sección en blanco.

Agencia remisora:_____ Fecha:_____

Nombre del empleado remisor: _____ Cargo: _____

Número telefónico:_____ Correo electrónico:_____

Información del cuidado de acogida

El trabajador de la agencia de cuidado de acogida del condado o la agencia de servicios sociales de la tribu debe llenar esta sección.

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. El trabajador de la agencia de servicios sociales del condado o la tribu debe notificar al Administrador de Área sobre todo cambio que podría afectar la beca del niño. Al final de la solicitud, el trabajador de la agencia de servicios sociales del condado o la tribu debe firmar como padre/madre o tutor.

Información de la Agencia de Servicios Sociales del Condado o la Tribu

Agencia de servicios sociales tribal o de condado:_____

Dirección de la agencia de servicios sociales tribal o de condado:_____

Nombre del trabajador:_____

Número telefónico: _____ Correo electrónico: _____

Residencia del niño

Domicilio actual: _____ Apto/Unidad N.º: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal:_____ Condado: _____

Distrito escolar de residencia del niño según el domicilio de la familia del cual fue retirado:

_____

Contacto con el padre/la madre de acogida

Nombre del padre/la madre de acogida:_____
Primero *segundo* *apellido*

Número telefónico:_____ Correo electrónico:_____

Su solicitud no está completa sin los documentos de ingresos separados que se requieren.

Adjunte un documento separado para demostrar que cumple con los requisitos de elegibilidad de ingresos enumerados en las páginas 5 y 6.

Ejemplos comunes incluyen declaraciones recientes del condado que obtengan su nombre como recipiente de SNAP o MFIP o CCAP. También, declaraciones de inscripción de Head Start, declaraciones del distrito escolar de almuerzo gratis o reducido para un miembro de la familia, ***2 talones de cheque/pago, W2's o declaraciones de Impuestos que estén firmadas, historial de manutención infantil (child support payment history) y estados de pago del SSI*** se pueden adjuntar.

- Los documentos que están escritos en azul deben resumirse en la pagina 6,
  Opción 2: Formulario de verificación de ingreso, así con todos los niños y adultos asociados con los ingresos.
- Si esta solicitando y buscando prioridad como un padre menor de 21 años inscrito en una escuela secundaria o un programa del GED, requerimos prueba escrita de su estado como estudiante en una carta con membrete de la organización de educación.

651-641-6604

scholarships@thinksmall.org

¿Sin ingresos? Se debe completar el *Formulario de verificación de ingresos* en la página 6, así como el *formulario de Declaración de no ingreso del hogar* en la página 11.

Asegúrese de tener todo lo que necesita para su solicitud antes de enviarla. Consulte la página 3 de las Instrucciones para revisar una lista.

Acuerdo de cumplimiento de requisitos

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 se hayan pagado.
- **Mi hijo de 3 a 5 años de edad** deberá hacerse una evaluación de la primera infancia dentro de los 90 días calendario de concurrir a un programa seleccionado que utiliza una beca. Si mi hijo recibe una beca entre el nacimiento y los 2 años de edad, deberá hacerse la evaluación entre de los 90 días siguientes a su tercer cumpleaños.
- 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 al 1 de septiembre, siempre que haya fondos estatales disponibles.
- Notificaré al Administrador de Área cuando mi hijo deje de asistir al programa donde utilizamos una beca.
- Notificaré al Administrador de Área si me mudo a otro domicilio o cambia mi información de contacto.
- Dentro de los 10 meses siguientes a la adjudicación de una Beca de Aprendizaje en la Primera Infancia, mi(s) hijo(s) que sea(n) adjudicados debe(n) estar inscritos en un programa que participe en Parent Aware; de lo contrario, se cancelará la beca. Si fuera necesario, el Administrador de Área me dirigirá a Child Care Aware para que me ayuden a encontrar programas en mi área. La beca puede cancelarse antes de los 10 meses si no comunico al Administrador de Área sobre mis planes de utilizar la beca.
- Se espera que la concurrencia sea regular y constante. Las Becas de aprendizaje en la primera infancia no pagan más de 25 días de ausencia, 10 días de cierre previstos y 11 días feriados del programa.
  Las ausencias superiores a 25 días no serán cubiertas por las becas y yo deberé pagar los cargos de mi propio bolsillo, a menos que se haya otorgado una exención oficial a mi(s) hijo(s).
- Si el programa deja de participar en Parent Aware, es posible que yo no pueda continuar usando la Beca de aprendizaje en la primera infancia para ese programa.
- A partir del 1 de julio de 2024, solamente podrán recibir becas los programas calificados con 3 o 4 estrellas.
- Si tengo un hogar de cuidado infantil que participa en Parent Aware, comprendo que no puedo utilizar la Beca de aprendizaje en la primera infancia de mi propio hijo en mi hogar de cuidado infantil con licencia.

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 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, el *Acuerdo para planificación de adjudicaciones* y la información que retiene el programa.
- El Administrador de 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/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 (FRPL) 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 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 utilizo la 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 de la primera infancia, autorizo al Administrador de Área a contactar a la oficina del distrito escolar de mi hijo para comprobar el lugar y la fecha de la evaluación.

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 Tennessen 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.

Consentimiento opcional: Revelación de información y participación en una evaluación

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

_____El Administrador de 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.

Firma del padre/la madre/el tutor

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

1. Confirmo 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. Confirmo que he leído y comprendo la Advertencia de Tennessen.

Firma del padre/la madre o tutor legal

Las firmas deben escribirse con tinta azul/negra o electrónicamente, no con lápiz.

*Nombre legal del padre/la madre/el tutor:_____

Primero *segundo* *apellido*

*Firma:_____ *Fecha:_____

MM/DD/AAAA

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

Nombre legal del padre/la madre/el tutor:_____

Firma:_____ Fecha:_____

MM/DD/AAAA

Envíe su solicitud

Envíe su solicitud debidamente completada y su documentación de elegibilidad a su Administrador de Área:

think small®
LEADERS IN EARLY LEARNING

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

Email: ApplyELS@thinksmall.org
Phone: 651-641-6604

Si el grupo familiar no genera ningún ingreso, complete este formulario de *Declaración de no percepción de ingresos del grupo familiar* y adjúntelo a su *solicitud de Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway I*.

Declaración de no percepción de ingresos del grupo familiar

La siguiente declaración cumple la función de su testimonio de no percepción de ingresos del grupo familiar para la Opción 2. La misma persona —el padre, la madre o el tutor legal— que firma la *solicitud de Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway I* debe llenar también este formulario.

Yo, _____, declaro que actualmente nosotros, como
Nombre legal completo en letra de imprenta

grupo familiar, no percibimos ningún ingreso en la fecha _____.
Fecha: MM/DD/AAAA

Firma:_____ **Fecha**:_____
MM/DD/AAAA