

Box is for Administrator Use Only:

Program Name: _____

Award Start Date: _____

Award Amount: _____

Application Fiscal Year: _____

Notes: _____

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.

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

De ser así, Lugar: _____ Fecha: _____

Nombre el programa preescolar, Head Start o de aprendizaje en la primera infancia donde planea usar la beca, si se adjudica. *Escriba "desconocido" si aún no se ha seleccionado ningún programa.*

_____ 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

De ser así, Lugar: _____ Fecha: _____

Indique el programa de primera infancia en el que piensa utilizar la beca, si se le concede. *Escriba "desconocido" si aún no se ha seleccionado ningún programa.*

_____ 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

De ser así, Lugar: _____ Fecha: _____

Indique el programa de primera infancia en el que piensa utilizar la beca, si se le concede. *Escriba "desconocido" si aún no se ha seleccionado ningún programa.*

_____ 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: _____

¿Acepta recibir mensajes de texto de su administrador de zona? Podrían aplicar tarifas de msg/datos. Sí No

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: _____

¿Acepta recibir mensajes de texto de su administrador de zona? *Podrían aplicar tarifas de msg/datos.* Sí No

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: _____

¿Acepta recibir mensajes de texto de su administrador de zona? *Podrían aplicar tarifas de msg/datos.* Sí No

Parentesco con el menor o los menores: _____

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 remitora: _____ Fecha: _____

Nombre del empleado remitir: _____ 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: _____

Información de la familia

Children in Household*

Indique todos los miembros del hogar que sean **bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12** incluido, incluidos los niños que figuran en esta solicitud. Consulte la página 7 para ver la definición de hogar. No indique en esta tabla a los adultos mayores de 12 años. Si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel.

Nombre del niño Indique todos los niños de la casa, incluidos los niños solicitantes de beca.	Inicial media	Apellido del niño	Edad del niño

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

Inglés Hmong Somalí Español Vietnamita

Otro/a: _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Algún miembro de su hogar está afiliado a alguna de las once tribus reconocidas a nivel federal en Minnesota? En caso de ser sí, marque todas las que correspondan. Si la respuesta es no, déjelo en blanco.

Banda Bois Forte de Chippewa Banda Fond Du Lac de los Chippewa del Lago Superior
 Banda Grand Portage de los Chippewa del Lago Superior
 Banda Leech Lake de Ojibwe Comunidad india de Lower Sioux Banda Mille Lacs de Ojibwe
 Comunidad india de Prairie Island Nación del Red Lake Comunidad Sioux Shakopee Mdewakanton
 Comunidad Sioux Superior Nación de Tierra Blanca Otros: _____

¿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, caravana o acampada (por pérdida de vivienda, dificultades económicas o razón similar)
 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.*

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi programa | <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar | <input type="checkbox"/> Otra familia en mi programa |
| <input type="checkbox"/> Administrador de Área | <input type="checkbox"/> Socio comunitario (como una biblioteca) | <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook, Twitter) |
| <input type="checkbox"/> Investigación en línea | <input type="checkbox"/> Parent Aware/Child Care Aware | <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios tribal, del condado o estatal |
| <input type="checkbox"/> Folleto/anuncio | <input type="checkbox"/> Otro/a: _____ | |

Comprobante de elegibilidad por ingresos

Las familias deben demostrar su elegibilidad por ingresos:

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

- Si responde que **sí** a una o más de las preguntas 1 a 8, **adjunte** a su solicitud **la documentación de uno de sus programas públicos**.
- **Las pruebas aceptables de participación incluyen:** notificación oficial con el membrete del programa; solicitud con la aprobación/firma del programa (es decir, solicitud aprobada del CACFP o FRPM); formulario de autorización del programa público; factura o recibo actual del programa (es decir, factura MEC2 del CCAP); o captura de pantalla del sistema oficial de registro de un programa (es decir, declaración de comidas gratuitas o a precio reducido en Infinite Campus). La prueba de participación debe tener el nombre del padre/tutor y/o niño(s), debe estar fechada y debe ser válida en el momento de la entrega.
- **Las pruebas inaceptables incluyen:** una carta de lista de espera, una solicitud no aprobada, documentación sin fecha y/o documentación caducada.

Programa público Adjunte la prueba de uno de los programas que se indican a continuación.	Seleccione Sí o No	
1. ¿Participa su niño o alguno de sus hermanos en el Programa de comidas gratuitas y a precio reducido (FRPM)? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación del FRPM, como una carta de autorización, una solicitud aprobada con la firma del programa o documentación del sistema oficial de registro de su programa.</i>	Sí	No
2. ¿Participa actualmente en el Programa de asistencia para el cuidado de niños (CCAP)? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación del CCAP, como una carta de notificación de decisión.</i>	Sí	No
3. ¿Está su niño inscrito actualmente en un programa Head Start? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación de participación en Head Start como una carta de aceptación/autorización de la agencia Head Start o un formulario de inscripción aprobado con la firma del programa.</i>	Sí	No
4. ¿Está su niño actualmente en un programa de cuidado de acogida? <i>Si la respuesta es sí, el trabajador de la agencia de servicios sociales del condado o de la tribu de acogida debe presentar la solicitud y completar la sección "Información sobre la acogida" de la solicitud. No se necesita documentación.</i>	Sí	No
5. ¿Participa actualmente en el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación del SNAP, como una carta o declaración de estado de su condado, u otra documentación del condado. Una copia de su tarjeta EBT no es documentación aceptable.</i>	Sí	No
6. ¿Participa actualmente en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación del MFIP como una carta o declaración de estado de su condado, u otra documentación del condado.</i>	Sí	No
7. ¿Participa actualmente en el Programa de alimentación para niños y adultos (CACFP)? <i>Si la respuesta es sí, adjunte la documentación del CACFP que demuestre la participación de su niño, como una carta de autorización o una solicitud aprobada con la firma del programa. Nota: Las familias no son elegibles para becas basadas únicamente en la elegibilidad del área de proveedores del CACFP. Las familias deben ser elegibles en base a sus propios ingresos.</i>	Sí	No
8. ¿Participa actualmente en un Programa de Distribución de Alimentos en una Reserva Indígena? <i>Si la respuesta es sí, adjunte la documentación del Programa de Distribución de Alimentos, como una carta de autorización o una declaración de estado.</i>	Sí	No

Si ha respondido **sí** a una o más de las preguntas 1 a 8, sáltese las páginas 7 y 8
 Si respondió **no** a las preguntas 1 a 8, deberá utilizar la **Opción 2** para demostrar sus ingresos. Complete la tabla *Adultos en el hogar y sus ingresos* de la página siguiente y presente documentación válida sobre sus ingresos para la evaluación de su elegibilidad

Complete esta página y presente documentación válida sobre sus ingresos si actualmente no participa en un programa público de la Opción 1.
Omita esta página si actualmente participa en uno de los programas públicos de la Opción 1 indicados en la página 6 y puede presentar documentación al respecto.

Opción 2: Elegibilidad de ingresos del hogar

Paso 1: Complete la tabla "Adultos en el hogar y sus ingresos".

- Indique en la tabla los miembros adultos de su hogar (incluido usted).
- A efectos de este programa, los miembros de su hogar son "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sea pariente".
 - Los miembros del hogar incluyen a todas las personas que viven en el hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos), que comparten ingresos y gastos. Los miembros del hogar no incluyen a otras personas económicamente independientes, como un compañero de vivienda.
 - Incluya a cualquier estudiante universitario que se encuentre temporalmente fuera de casa.
 - Incluya a todos los adultos, aunque no reciban ingresos.
- Si reciben ingresos, indique sólo los ingresos brutos totales. Introduzca los ingresos en dólares enteros.
- Si no reciben ingresos de ninguna fuente, marque la casilla "Sin ingresos".

Paso 2: Adjunte pruebas de ingresos de cada adulto indicado. Incluya pruebas de todos los tipos de ingresos obtenidos.

- Las pruebas aceptables incluyen el formulario W-2 del año anterior, los últimos 30 días (consecutivos) de los talones de pago de cada perceptor de ingresos, la declaración de ayuda financiera o un estado de un empleador en papel con membrete de la empresa.
 - Las familias deben presentar la documentación más actual disponible.
 - Los talones de cheques deben estar fechados en los seis meses siguientes a la obtención de la ayuda.
 - Si no se dispone de otros tipos de documentación, pueden utilizarse los documentos de la declaración de 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.
 - Si la unidad familiar no tiene ingresos, uno de los adultos de la unidad familiar debe completar la Declaración de ausencia de ingresos de la unidad familiar en la página 8.

Fuentes de ingresos de los adultos

Remuneración bruta del trabajo

- Sueldo, salario, primas en metálico (antes de deducciones o impuestos)
- Si pertenece a las Fuerzas Armadas de EE.UU.:
 - Paga básica y bonificaciones en efectivo (NO incluya la paga de combate, la FSSA ni los subsidios de vivienda privatizados)
 - Subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y ropa

Trabajador autónomo o agricultor

- Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)

Manutención de niños, pensión alimenticia

- Pagos de manutención de niños, Pagos de pensión alimenticia

Todos los demás ingresos

- Otra ayuda en efectivo del gobierno estatal o local (no incluya ningún programa de la Opción 1 indicado en la página 6)
- Beneficios por desempleo
- Indemnización laboral
- Beneficios para veteranos
- Beneficios por huelga
- Seguro social, beneficios por discapacidad
- Ingresos regulares procedentes de fideicomisos o herencias
- Rentas vitalicias, rentas de inversión, rentas de alquiler
- Pagos regulares en efectivo procedentes de fuera del hogar

Adultos en el hogar y sus ingresos

Nombres de todos los adultos del hogar (Nombre y apellidos)	Salario bruto del trabajo <i>No escriba el pago por hora.</i>				¿Es trabajador por cuenta propia o granjero?			Manutención de niños, pensión alimenticia					Otros Ingresos					Ningún Ingreso
	Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual	Mensual	Anual	Ingresos netos de granja o trabajo por cuenta propia. (\$)	Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual	Pagos recibidos (\$)	Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual	Pensión jubilación, discapacida, desempleo, Beneficios para veteranos. (\$)	
Indique todos los miembros adultos del hogar (incluido usted) aunque no reciban ingresos. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o en la universidad.																		Marque si este adulto no tiene ingresos.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Complete esta página si ningún miembro adulto de su hogar tiene ingresos.

Omita esta página si está utilizando un programa de la Opción 1 o si uno o más adultos de su hogar tienen ingresos.

- Los hogares sin ingresos deben indicar todos los adultos del hogar en la página 7.
- No complete esta página si en la Página 7 se indican los ingresos de uno o más adultos.
- No complete esta página si ha respondido "sí" a las preguntas 1-8 de la página 6 y presenta una prueba de participación en un programa público.

Declaración de falta de ingresos del hogar

Esta afirmación sirve como declaración de falta de ingresos en el hogar para la Opción 2. Este formulario debe ser completado por el mismo padre, madre o tutor legal que firma la *Solicitud de Becas de Aprendizaje de Temprana Edad - Itinerario I*.

Yo, _____, declaro que como hogar actualmente
Escriba en letra de imprenta su nombre legal completo

no tenemos ingresos al día de _____.
Fecha de hoy: MM/DD/AAAA

Firma: _____

Fecha: _____

Firma fecha: MM/DD/AAAA

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.
- 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 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.

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.

