



Beca de aprendizaje temprano – Solicitud de Inicial I

¡Puede solicitar una Beca para el aprendizaje temprano – Inicial I en línea! Visite earlylearningscholarshipshub.mn.gov para presentar su solicitud en línea. Nota: Si su hijo(a) está en cuidado tutelar, su trabajador(a) social de cuidado tutelar debe presentar la solicitud en línea. Los padres de crianza no pueden solicitar una beca por sí mismos.

Instrucciones

¿Qué es una Beca de aprendizaje temprano?

Una Beca para el aprendizaje temprano – Inicial I puede ayudar a su hijo(a) a asistir a un cuidado infantil y educación temprana de alta calidad para asegurar que su hijo(a) ingrese al jardín de infantes listo para tener éxito. El dinero de la beca se pagará directamente al programa de su elección que participe en *Parent Aware*. *Parent Aware* es una herramienta de calificación para ayudar a los padres a seleccionar programas de educación infantil de alta calidad. Para más información, visite el sitio web de [Parent Aware](http://ParentAware.org) (ParentAware.org).

Nota: Los niños solo pueden recibir una beca entre el 1 de julio y el 30 de junio de cada año, y no pueden recibir una beca Inicial I e Inicial II al mismo tiempo.

¿Dónde puede mi hijo(a) usar una beca?

Puede usar una Beca para el aprendizaje temprano – Inicial I en cualquier programa de educación infantil que participe en *Parent Aware* en Minnesota y que su hijo(a) asista regularmente. Su hijo(a) no está obligado a estar inscrito(a) o asistiendo a un programa en el momento en que solicita una Beca para el aprendizaje temprano. Para encontrar un programa elegible, por favor contacte a la línea telefónica de Servicios de Información sobre Cuidado Infantil en *Child Care Aware of Minnesota* (888-291-9811) o visite el sitio web de Parent Aware (ParentAware.org). Puede utilizar estos mismos recursos si su hijo(a) está asistiendo actualmente a un programa, pero desea explorar otras opciones. Asegúrese de informar al Administrador de Área sobre su elección de programa si se le otorga una beca.

¿Cuáles son los montos máximos de adjudicación de becas?

El monto máximo de adjudicación de becas disponible depende de la edad de su hijo, el condado, el tipo de programa y el estado de *Parent Aware*. Conozca los montos máximos de adjudicación de becas [en la página web de Becas para el aprendizaje temprano: https://education.mn.gov/MDE/fam/elsprog/elschol/](https://education.mn.gov/MDE/fam/elsprog/elschol/):

¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad?

1. **Edad:** Los niños desde el nacimiento hasta los 4 años son elegibles, y los niños de 5 años son elegibles si cumplieron 5 años después del 1 de septiembre del año escolar actual. (Los niños dejan de ser elegibles si tienen 5 años el 1 de septiembre o están inscritos y asistiendo al jardín de infantes, lo que ocurra primero).
2. **Dirección:** El (la) niño(a) reside en Minnesota (tienen una dirección en Minnesota).
3. **Ingresos:** La familia tiene un ingreso familiar igual o inferior al 47 por ciento del Ingreso Medio Estatal O está recibiendo asistencia de un programa aprobado financiado por el estado o federal.

Su ingreso familiar debe estar en o por debajo de la cantidad en esta tabla. Esta tabla se basa en el Ingreso Medio Estatal y es válida para adjudicaciones desde el 1 de julio de 2024 hasta octubre de 2024. La tabla se actualizará en octubre.

Tamaño de la familia	Ingreso anual antes de impuestos	Tamaño de la familia	Ingreso anual antes de impuestos
2	\$40,156	8	\$81,493
3	\$49,605	9	\$83,265
4	\$59,053	10	\$85,037
5	\$68,502	11	\$86,808
6	\$77,950	12	\$88,580
7	\$79,722	13	\$90,351

Poblaciones prioritarias

Los niños reciben estatus prioritario para los fondos de Becas para el aprendizaje temprano si cumplen con uno o más de los siguientes criterios. Las familias también deben cumplir con los requisitos de ingresos para ser elegibles, a menos que se indique lo contrario.

- Están en cuidado tutelar o tienen un padre/madre/tutor(a) que está en cuidado tutelar extendido hasta los 21 años (no se requiere documentación de ingresos).
- Han sido referidos como necesitados de servicios de protección infantil (no se requiere documentación de ingresos).
- Tienen un padre/madre menor de 21 años que está cursando un diploma de secundaria o GED.
- Han experimentado falta de vivienda en los últimos 24 meses.
- Tienen un padre/madre actualmente en la cárcel, prisión, centro de detención o bajo supervisión activa.
- Están en o tienen un padre/madre actualmente en un programa de tratamiento por uso de sustancias.
- Están en o tienen un padre/madre actualmente en un programa de tratamiento de salud mental.
- Han experimentado violencia doméstica.

Actualmente tienen un programa de educación individualizado (*IEP*, de 3 a 5 años) o un plan de servicios familiares individualizado (*IFSP*, desde el nacimiento hasta los 3 años).

¿Cómo solicito una Beca para el aprendizaje temprano?

1. Complete la solicitud con tinta azul/negra o electrónicamente. La información requerida está marcada con un asterisco (*).
 - Si el (la) niño(a) está en cuidado tutelar, la agencia de servicios sociales del condado o tribal debe completar y firmar la solicitud. El padre/madre de crianza no puede solicitar directamente una beca.
2. Adjunte la documentación requerida para demostrar su elegibilidad. Vea la página 6 para los requisitos de la Opción 1 (prueba de participación en un programa financiado públicamente) o la página 7 para los requisitos de la Opción 2 (prueba de ingresos).
 - Si está solicitando en la categoría de "padre/madre menor de 21 años elegible", el/la padre/madre solicitante debe proporcionar prueba escrita de su búsqueda de un diploma de secundaria o GED® en el membrete de la organización educativa que proporciona el curso(s) de estudio al que asiste el/la padre/madre.
3. Lea el Acuerdo para Cumplir con los Requisitos y la Advertencia de Tennessee.
4. Firme y feche la solicitud con tinta azul/negra o firma electrónica.

5. Envíe su solicitud original al Administrador de Área siguiendo las instrucciones proporcionadas en la parte inferior de la Lista de Verificación de la Solicitud en la siguiente página.

Este formulario fue creado por el programa de Becas para el aprendizaje temprano del Estado de Minnesota y no debe ser alterado ni ajustado de ninguna manera. Los fondos son proporcionados por el Estado para apoyar la administración de Becas para el aprendizaje temprano, Estatutos de Minnesota, sección 124D.165.

Lista de verificación de la solicitud

Revise la lista de verificación a continuación para asegurarse de que tiene todo lo que necesita para su solicitud:

- Complete todas las áreas requeridas de la solicitud. Los elementos marcados con un asterisco (*) son obligatorios. Toda la demás información es opcional.
- Complete este formulario con tinta azul/negra o electrónicamente.
- Lea cuidadosamente cada línea de la sección del **Acuerdo para Cumplir con los Requisitos** y la **Advertencia de Tennessee**.
- Firme y feche la solicitud con tinta azul/negra o electrónicamente.
 - *Opcional:* Lea el acuerdo para participar en la evaluación e inicie para dar su consentimiento.
- Grape todos los documentos de respaldo en la parte posterior de la solicitud. Los documentos de respaldo incluyen:
 - Para la Opción 1: Documentación que demuestre la participación actual en uno de los programas públicos aprobados enumerados en la Página 6.
 - Para la Opción 2: Documentación de ingresos además de la tabla de *la Opción 2: Adultos en el Hogar y sus Ingresos* en la Página 7 de la solicitud.
 - Si ninguno de los miembros adultos de su hogar tiene ingresos, *el formulario de Declaración de No Ingresos del Hogar* en la Página 8 debe ser completado por un adulto y enviado con su solicitud.
 - Si es un/a padre/madre adolescente menor de 21 años y está cursando un diploma de secundaria o GED®, debe proporcionar prueba escrita de su búsqueda de un diploma de secundaria o GED® en el membrete de la organización educativa que proporciona el curso(s) de estudio al que asiste.
- Envíe la solicitud completa y firmada con la documentación de elegibilidad adjunta al Administrador de Área que se indica a continuación.
- Guarde al menos una copia de la solicitud y los anexos para sus propios registros.

Envíe la solicitud

Envíe su solicitud completa y la documentación de elegibilidad a su Administrador de Área:

El Administrador de Área le enviará una carta para informarle sobre el estado de la Beca para el Aprendizaje Temprano – Vía I de su hijo o hijos. Si tiene preguntas, comuníquese con el Administrador de Área. *La falta de documentación, como prueba de participación en el programa o ingresos, o la falta de firmas pueden causar un retraso.*



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

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

Esta caja es solo para uso del administrador:

Program Name: _____
Award Start Date: _____
Award Amount: _____
Application Fiscal Year: _____
Notes: _____

Beca de aprendizaje temprano – Solicitud de Inicial I

Complete este formulario con tinta azul/negra o electrónicamente. La información con un asterisco (*) debe ser completada por el padre/madre/tutor(a). Si alguna de las preguntas obligatorias queda en blanco, el padre/madre/tutor(a) deberá corregir la solicitud.

Si su hijo(a) está en cuidado tutelar, su trabajador social de cuidado tutelar debe presentar la solicitud en línea. Los padres de crianza no pueden solicitar una beca por sí mismos.

Información del niño(a)

Proporcione información para todos los niños que desea que sean considerados para una beca. Use solicitudes separadas para los niños que viven en diferentes direcciones. Los hermanos son niños que comparten uno o ambos padres por sangre, matrimonio o adopción, incluidos los hermanos según lo definido por el código tribal o la costumbre de los niños.

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

Niño(a) uno

*Nombre legal del niño(a): _____
Nombre Segundo nombre Apellido

*Fecha de nacimiento del niño(a): _____
MM/DD/AAAA

*Género del niño(a): (*marque uno*): _____ Masculino _____ Femenino

¿Está este niño en Cuidado Tutelar? _____ Sí _____ No

Etnicidad (*marque uno*): _____ hispano(a)/latino(a) _____ no hispano(a)/latino(a)

Raza (*marque todas las que apliquen*): _____ indio americano(a) _____ asiático(a) _____ negro(a) o afroamericano(a)
_____ isleño(a) del pacifico o nativo(a) de Hawái _____ blanco(a)

¿Ha recibido este (esta) niño(a) una Evaluación de Desarrollo Infantil? _____ Sí _____ No

Si es así: Ubicación: _____ Fecha (MM/AAAA): _____

Nombre del programa de educación infantil donde planea usar la beca, si se otorga. *Escriba "desconocido" si no se ha seleccionado un programa aún.* _____ Teléfono: _____

¿Está este (esta) niño(a) asistiendo actualmente a este programa? _____ Sí _____ No

Si solo está solicitando para un(a) niño(a), omite esta página. Si está solicitando para más de tres niños, fotocopie esta página y adjunte la(s) hoja(s) adicional(es) a su solicitud.

Niño(a) dos

*Nombre legal del niño(a): _____
Nombre Segundo nombre Apellido

*Fecha de nacimiento del niño(a): _____
MM/DD/AAAA

*Género del niño(a): (marque uno): _____ Masculino _____ Femenino

¿Está este niño en Cuidado Tutelar? _____ Sí _____ No

Etnicidad (marque uno): _____ hispano(a)/latino(a) _____ no hispano(a)/latino(a)

Raza (marque todas las que apliquen): _____ indio americano(a) _____ asiático(a)
_____ negro(a) o afroamericano(a) _____ isleño(a) del pacifico o nativo(a) de Hawái _____ blanco(a)

¿Ha recibido este (esta) niño(a) una Evaluación de Desarrollo Infantil? _____ Sí _____ No

Si es así: Ubicación: _____ Fecha (MM/AAAA): _____

Nombre del programa de educación infantil donde planea usar la beca, si se otorga. *Escriba "desconocido" si no se ha seleccionado un programa aún.* _____ Teléfono: _____

¿Está este (esta) niño(a) asistiendo actualmente a este programa? _____ Sí _____ No

Niño(a) tres

*Nombre legal del niño(a): _____
Nombre Segundo nombre Apellido

*Fecha de nacimiento del niño(a): _____
MM/DD/AAAA

*Género del niño(a): (marque uno): _____ Masculino _____ Femenino

¿Está este niño en Cuidado Tutelar? _____ Sí _____ No

Etnicidad (marque uno): _____ hispano(a)/latino(a) _____ no hispano(a)/latino(a)

Raza (marque todas las que apliquen): _____ indio americano(a) _____ asiático(a)
_____ negro(a) o afroamericano(a) _____ isleño(a) del pacifico o nativo(a) de Hawái _____ blanco(a)

¿Ha recibido este (esta) niño(a) una Evaluación de Desarrollo Infantil? _____ Sí _____ No

Si es así: Ubicación: _____ Fecha (MM/AAAA): _____

Nombre del programa de educación infantil donde planea usar la beca, si se otorga. *Escriba "desconocido" si no se ha seleccionado un programa aún.* _____ Teléfono: _____

¿Está este (esta) niño(a) asistiendo actualmente a este programa? _____ Sí _____ No

Información del padre/madre/tutor(a) legal

El padre/madre o tutor(a) legal de los niños incluidos en esta solicitud debe completar esta sección.

*Nombre legal del padre/madre/tutor(a): _____
Nombre Segundo nombre Apellido

* Dirección de residencia: _____ Apt/Unidad #: _____

* Ciudad: _____ * Estado: _____ *Código postal: _____ Condado: _____

*Relación con el(la) niño(a): _____ Padre/madre _____ Tutor(a) legal (designado por el tribunal)
_ Otro: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Consiente recibir mensajes de texto de su Administrador de Área? Pueden aplicarse tarifas de mensaje/datos _ Sí _ No

Dirección Postal (Si es diferente de la dirección de residencia): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Contacto adicional 1

Si hay otro contacto, como otro padre/madre/tutor(a) legal, miembro adicional de la familia, trabajador(a) social, personal del programa, intérprete u otro adulto que desea incluir en su solicitud, enumérelos aquí. Si hay dos padres/tutores legales, el segundo padre/tutor(a) legal debe ser enumerado aquí. Al enumerar a esta persona, usted da su consentimiento para que el Administrador de Área se comuniquen con este adulto para discutir la información en este formulario.

Nombre: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección de residencia: _____ Apt/Unidad #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Consiente recibir mensajes de texto de su Administrador de Área? Pueden aplicarse tarifas de mensaje/datos _ Sí _ No

Relación con el(la) niño(a) o los niños: _____

Contacto adicional 2

Opcional: Si hay otro contacto, como un miembro adicional de la familia, trabajador(a) social, personal del programa, intérprete u otro adulto que desea incluir en su solicitud, enumérelos aquí. Al enumerar a esta persona, usted da su consentimiento para que el Administrador de Área se comuniquen con este adulto para discutir la información en este formulario.

Nombre: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección de Residencia: _____ Apt/Unidad #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Consiente recibir mensajes de texto de su Administrador de Área? Pueden aplicarse tarifas de mensaje/datos _ Sí _ No

Relación con el(la) niño(a) o los niños: _____

Información del padre/madre/tutor(a) legal

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

Menos de un diploma de escuela secundaria Diploma de escuela secundaria o equivalente (ej. GED) Algo de universidad
 Título de asociado Título de licenciatura Título de posgrado

¿Cuál es su estado actual de empleo? Marque uno.

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

Se solicita la siguiente información porque ciertas situaciones pueden dar prioridad a su hijo(a) para una beca para el aprendizaje temprano. Compartir esta información es opcional y solo puede beneficiar la solicitud de su hijo(a), y no puede ser utilizada para negar la solicitud de su hijo(a). Para más detalles, vea la Guía Suplementaria para Poblaciones Prioritarias en la [página web de Becas para el aprendizaje temprano: https://education.mn.gov/MDE/fam/elsprog/elschol/](https://education.mn.gov/MDE/fam/elsprog/elschol/)

¿Es usted un padre/madre adolescente menor de 21 años y está cursando un diploma de escuela secundaria o GED? Sí No

Si es así, fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Y adjunte prueba escrita de su búsqueda de un diploma de escuela secundaria o GED® en el membrete de la organización educativa.

¿Está alguno de los siguientes padres, cuidadores principales, tutores legales y/o el (la) niño(a) experimentando alguna de las siguientes situaciones? Marque todas las que apliquen.

Actualmente en la cárcel, prisión, centro de detención o bajo supervisión activa Actualmente en un programa de tratamiento por uso de sustancias
 Actualmente en un programa de tratamiento de salud mental Violencia doméstica
 Actualmente tiene un programa de educación individualizada (IEP, edades 3 a 5) o un plan de servicio familiar individualizado (IFSP, edades de nacimiento a 3)

¿Ha experimentado su familia alguna de las siguientes situaciones de vida en algún momento en los últimos 24 meses (incluyendo ahora) debido a dificultades económicas o pérdida de vivienda? Marque todas las que apliquen.

Refugio Mudanza de lugar a otro Viviendo temporalmente con otra familia o amigos
 Hotel, motel, tráiler, o campamento (debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas o razón similar)
 Carro, afuera, o espacio público

Para un(a) niño(a) en Servicios de Protección

Si su hijo(a) no está recibiendo servicios de protección infantil, deje esta sección en blanco.

Agencia remitente: _____ Fecha: _____

Nombre del personal remitente: _____ Título: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Para un padre/madre en cuidado tutelar extendido hasta los 21 años

Si no es un padre/madre en cuidado tutelar extendido, deje esta sección en blanco. Si su hijo(a) está en cuidado tutelar, su trabajador(a) social debe completar la solicitud.

Agencia remitente: _____ Fecha: _____

Nombre del personal remitente: _____ Título: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Prueba de elegibilidad de ingresos

Las familias deben demostrar su elegibilidad de ingresos.

Opción 1: Participación en los programas públicos

- Si responde **sí** a una o más de las preguntas 1 a 7, **adjunte la documentación de uno de sus programas públicos** a su solicitud.
- **Las pruebas aceptables de participación incluyen:** notificación oficial en el membrete del programa; solicitud con la aprobación/firma del programa (es decir, solicitud aprobada de CACFP o FRPM); formulario de autorización del programa público; factura o recibo actual del programa (es decir, factura MEC2 de CCAP); o captura de pantalla del sistema oficial de registros del programa (es decir, estado de comidas gratis o a precio reducido en Infinite Campus). La prueba de participación debe tener el nombre del padre/madre/tutor(a) y/o del(os) niño(s), debe estar fechada y debe ser válida en el momento de la adjudicación.
- **Las pruebas inaceptables incluyen:** una carta de lista de espera, una solicitud no aprobada, documentación sin fecha y/o documentación caducada.

Programa publico Adjunte prueba de uno de los programas enumerados a continuación.	Seleccione Sí o No	
1. ¿Su hijo(a) o un(a) hermano(a) participa en el Free and Reduced-Price Meals Program (FRPM)? <i>Si es así, adjunte documentación de FRPM como una carta de autorización, una solicitud aprobada con la firma del programa o documentación del sistema oficial de registros de su programa.</i>	Sí	No
2. ¿Actualmente participa en el Child Care Assistance Program (CCAP)? <i>Si es así, adjunte documentación de CCAP como una carta de Notificación de Decisión.</i>	Sí	No
3. ¿Está su hijo(a) actualmente inscrito(a) en un programa de Head Start? <i>Si es así, 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. ¿Actualmente participa en el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)? <i>Si es así, adjunte documentación de 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
5. ¿Actualmente participa en el Minnesota Family Investment Program (MFIP)? <i>Si es así, adjunte documentación de MFIP como una carta o declaración de estado de su condado, u otra documentación del condado.</i>	Sí	No
6. ¿Actualmente participa en el Child Adult Care Food Program (CACFP)? <i>Si es así, adjunte documentación de CACFP que muestre la participación de su hijo, 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 del proveedor de CACFP. Las familias deben ser elegibles según sus propios ingresos.</i>	Sí	No
7. ¿Actualmente participa en un programa de distribución de alimentos en una reserva india? <i>Si es así, adjunte documentación del Programa de Distribución de Alimentos, como una carta de autorización o una declaración de estado.</i>	Sí	No

Si respondió **sí** a una o más de las preguntas 1 a 7, omita las páginas 7 y 8.

Si respondió **no** a las preguntas 1 a 7, deberá usar la **Opción 2** para demostrar sus ingresos. Complete la tabla de *Adultos en el Hogar y sus Ingresos* en la página siguiente y envíe documentación de ingresos válida para la revisión de elegibilidad.

Complete esta página y envíe documentación de ingresos válida si **no** participa actualmente en un programa público de la Opción 1.
Omita esta página si actualmente participa y puede proporcionar documentación de uno de los programas públicos de la Opción 1 enumerados en la Página 6.

Opción 2: Elegibilidad de ingresos del hogar

Paso 1: Complete la Tabla de “Adultos en el Hogar y sus Ingresos”.

- Enumere a los miembros adultos del hogar (incluyéndose a usted mismo) en la tabla.
- Para el propósito de este programa, los miembros de su hogar son "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no estén relacionados."
 - Los miembros del hogar incluyen a todas las personas que viven en el hogar, relacionadas o no (como abuelos, otros parientes o amigos), que comparten ingresos y gastos. Los hogares no incluyen a otras personas que sean económicamente independientes, como un compañero de cuarto.
 - Incluya a cualquier estudiante universitario que esté temporalmente fuera de casa.
 - Incluya a cualquier estudiante universitario que esté temporalmente fuera de casa.
- Si reciben ingresos, reporte solo el ingreso bruto total. Ingrese los ingresos en dólares enteros.
- Si no reciben ingresos de ninguna fuente, marque la casilla “Sin Ingresos”.

Paso 2: Adjunte prueba de ingresos para cada adulto enumerado. Incluya prueba para todos los tipos de ingresos ganados.

- Las pruebas aceptables incluyen el formulario W-2 del año anterior, los talones de pago más recientes (consecutivos) de 30 días para cada perceptor de ingresos, una declaración de ayuda financiera o una declaración del empleador en el membrete de la empresa.
 - Las familias deben enviar la documentación más actual disponible.
 - Los talones de pago deben estar fechados dentro de los seis meses de la adjudicación.
 - Si no están disponibles otros tipos de documentación, se pueden usar los documentos de declaración de impuestos del año anterior. Los documentos de impuestos deben ser una copia de la versión firmada enviada al Servicio de Impuestos Internos (IRS) o incluir el aviso de confirmación si se envió electrónicamente.
- Si el hogar no tiene ingresos, uno de los adultos en el hogar debe completar *la Declaración de No Ingresos del Hogar* en la Página 8.

Fuentes de ingresos para adultos

Pago bruto del trabajo

- Salario, sueldos, bonificaciones en efectivo (antes de deducciones o impuestos)
- Si está en el ejército de EE.UU.:
 - a. Pago básico y bonificaciones en efectivo (NO incluya el pago por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizada)
 - b. Subsidios para Vivienda fuera de la base, alimentos y ropa

Autónomo(a) o agricultor(a)

- Ingreso neto del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)

Manutención infantil, Pensión alimenticia

- Pagos de manutención infantil, pagos de Pensión alimenticia

Todos los otros ingresos

- Otra asistencia en efectivo del gobierno estatal o local (no incluya ningún programa de la Opción 1 enumerado en la Página 9)
- Beneficios de desempleo
- Compensación del trabajador
- Beneficios para veteranos
- Beneficios de huelga
- Seguridad Social, beneficios por discapacidad
- Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios
- Anualidades, ingresos por inversiones, ingresos por alquiler
- Pagos regulares en efectivo de fuera del hogar

Adultos en el hogar y sus ingresos

Nombres de todos los miembros adultos del hogar (Nombre y apellido)	Ingreso bruto del trabajo <i>No escriba un salario por hora.</i>				Reporte ingresos antes de deducciones o impuestos en dólares enteros (sin centavos). (\$)	¿Es autónomo o agricultor?		Manutención infantil, Pensión alimenticia				Todos los otros ingresos				Sin Ingresos			
	Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mensual		Mensual	Annual	Ingreso neto de granja o trabajo por cuenta propia. No lo duplique en otro lugar (\$)	Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mensual	Pagos recibidos (\$)	Semanal	Quincenal		Dos veces al mes	Mensual	Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios para veteranos, etc. (\$)
Enumere a todos los miembros adultos del hogar (incluyéndose a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Incluya a los niños que están temporalmente fuera en la escuela o en la universidad.	<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 en su hogar tienen ingresos.

- Los hogares sin ingresos aún deben enumerar a todos los adultos en el hogar en la Página 7.
- No complete esta página si se enumeran ingresos para uno o más adultos en la Página 7.
- No complete esta página si respondió "sí" a las preguntas 1-7 en la Página 6 y está enviando prueba de participación en un programa público.

Declaración de No ingresos del hogar

La declaración a continuación sirve como su declaración de no tener ingresos del hogar para la Opción 2. Este formulario debe ser completado por el mismo padre o tutor legal que firma la *Solicitud de Becas para el aprendizaje temprano – Inicial I*.

Yo, _____, declaro que nosotros como hogar
Imprimir nombre legal completo

actualmente no tenemos ingresos en este día de _____.
Fecha de hoy: MM/DD/AAAA

Firma: _____ Fecha: _____
Fecha de firma: MM/DD/AAAA

Acuerdo para cumplir con los requisitos

Al firmar esta solicitud, usted confirma que ha leído, entendido y aceptado los requisitos del Programa de Becas para el aprendizaje temprano y los puntos enumerados a continuación.

- La información en esta solicitud es verdadera y se han informado los ingresos de todos los miembros del hogar. Si doy información falsa a propósito, mi hijo(a) puede perder la beca y es posible que deba reembolsar al estado los fondos pagados.
- **Mi hijo(a) de 3 a 5 años** debe completar una Evaluación de Desarrollo Infantil dentro de los 90 días calendario de asistir a un programa seleccionado utilizando una beca. Si mi hijo(a) recibe una beca entre los 0 y 2 años, debe completar la evaluación dentro de los 90 días posteriores a su tercer cumpleaños.
- Mi hijo(a) seguirá siendo elegible para recibir una beca hasta el 31 de agosto del año en que sea elegible por edad para el jardín de infantes, o tenga 5 años el 1 de septiembre, siempre y cuando los fondos estatales estén disponibles.
- Notificaré al Administrador de Área cuando mi hijo(a) deje de asistir al programa donde estamos utilizando una beca.
- Notificaré al Administrador de Área si me mudo o cambia mi información de contacto.
- Dentro de los tres meses de haber recibido una Beca para el aprendizaje temprano, mi(s) hijo(s) premiado(s) debe(n) estar inscrito(s) en un programa que participe en *Parent Aware* o la beca será cancelada. Si es necesario, el Administrador de Área me dirigirá a *Child Care Aware* para ayudarme a encontrar programas en mi área. La beca puede ser cancelada antes si no me comunico con el Administrador de Área sobre mis planes para usar la beca.
- Se espera asistencia regular y consistente. Las Becas para el aprendizaje temprano no pagan más de 25 días de ausencia, 10 días de cierre planificados y 11 días festivos del programa. Los días de ausencia que superen los 25 no serán cubiertos por las becas y los cargos deben ser pagados por mi cuenta, a menos que se haya extendido una exención oficial a mi(s) hijo(s).
- Si el programa ya no participa en *Parent Aware*, es posible que no pueda seguir usando la Beca para el aprendizaje temprano para ese programa.
- Si soy un(a) proveedor(a) de cuidado infantil familiar que participa en *Parent Aware*, entiendo que no puedo usar la Beca para el aprendizaje temprano de mi propio(a) hijo(a) en mi cuidado infantil familiar con licencia.

Consentimiento requerido para compartir su información

Debe consentir todas las siguientes declaraciones para participar en el programa de becas.

- El Administrador de Área puede compartir el nombre, dirección, fecha de nacimiento y género de mi(s) hijo(s), así como mi nombre y dirección tal como figuran en la solicitud, así como cualquier monto de beca para el cual mi hijo(a) sea elegible y la fecha de adjudicación, con el programa que elija. Esto es necesario para asegurar la precisión entre la solicitud y el Acuerdo de Planificación de Adjudicación y la información retenida por el programa.
- El Administrador de Área puede compartir el nombre, dirección, fecha de nacimiento y género 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(a) un número de Identificación Estudiantil Estatal Único (SSID) para ser utilizado por el Administrador de Becas/Área, y (2) el *Minnesota Department of Education* (MDE) para identificar a mi hijo(a) y validar los pagos de la beca.
- El Estado de Minnesota puede compartir información sobre mí y la elegibilidad y uso de becas de mi(s) hijo(s) con otras agencias y programas gubernamentales, incluidos, pero no limitados a: el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP), trabajadores de agencias sociales del condado o tribal, MFIP, SNAP, *Head Start*, comidas gratuitas y a precio reducido (FRPM), y el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). Estas agencias también pueden compartir información sobre mí y la elegibilidad y uso de asistencia de mi(s) hijo(s) con el Estado de Minnesota. Esta información puede ser utilizada para verificar la elegibilidad de ingresos de mi familia para becas y para monitorear el uso de becas y otros programas de asistencia pública. Entiendo que el consentimiento para compartir mi información permanece en vigor durante seis meses después de que mi beca termine.

- Los Administradores de Área pueden compartir información de esta solicitud con el Estado de Minnesota, incluyendo mi nombre y dirección; información demográfica; educación de los padres; información de ingresos; la elegibilidad de mi hijo y el monto de cualquier Beca para el aprendizaje temprano; el programa donde estoy usando la beca; el número SSID de mi hijo(a); y si he cumplido o no con los requisitos del programa. Esta información es necesaria para revisar la elegibilidad, la implementación del programa y es necesaria para cumplir con la ley estatal que autoriza el programa.
- Para verificar que la evaluación infantil temprana se ha realizado, el Administrador de Área tiene mi permiso para contactar la oficina del distrito escolar del niño(a) para verificar la ubicación y la fecha de la evaluación.

Nota: *No tengo que consentir compartir mi información, pero si elijo no hacerlo, entiendo que mi(s) hijo(s) no será(n) elegible(s) para recibir una Beca para el aprendizaje temprano. La información a ser divulgada no incluye los documentos de respaldo adjuntos a esta solicitud.*

Advertencia de Tennesen del Estado de Minnesota

Este aviso se aplica a toda la información recopilada para el programa de Becas para el aprendizaje temprano. Explica qué información recopilaremos y por qué la estamos recopilando.

¿Qué información estamos solicitando?

Estamos solicitando toda la información en la solicitud del programa de Becas para el aprendizaje temprano – Inicial I, parte de la cual se considera datos privados según la ley de Minnesota.

¿Por qué le pedimos esta información?

La información en esta solicitud es necesaria para solicitar una Beca para el aprendizaje temprano. Usaremos la información recopilada aquí, y cualquier información adicional relacionada, para determinar la elegibilidad para la financiación. Esta información es necesaria para cumplir con la ley estatal que autoriza el programa.

¿Estoy obligado a proporcionar estos datos?

No hay ninguna obligación legal para que usted proporcione los datos solicitados; sin embargo, sin ellos, no podemos determinar la elegibilidad de su hijo(a) y su hijo(a) no recibirá una beca.

¿Quién más puede ver esta información?

Como se describe en otras partes de la solicitud, con su consentimiento informado requerido compartiremos su información con el programa que elija, su distrito escolar residente y el Estado de Minnesota. Si proporciona su consentimiento opcional, una entidad externa utilizará su información al evaluar la efectividad del programa de becas para el estado. Todas estas entidades, incluido el evaluador, están sujetas a las prácticas de datos y las leyes de privacidad de Minnesota y no compartirán sus datos privados excepto como se describe aquí y en el consentimiento. El (la) evaluador(a) no debe compartir sus datos con nadie excepto el Programa de Becas para el aprendizaje temprano del Estado de Minnesota. También podemos proporcionar los datos que ha proporcionado al Auditor Legislativo, al *Minnesota Department of Human Services* y/o a otras agencias con la autoridad legal para acceder a la información, o a cualquier persona autorizada por una orden judicial.

¿De qué otra manera se puede usar esta información?

Podemos usar o divulgar esta información solo como se indica en este aviso, a menos que nos dé su permiso por escrito para divulgar la información para otro propósito o a otra persona o entidad. La información puede ser utilizada para otro propósito si el Congreso de los EE. UU. o la Legislatura de Minnesota aprueba una ley que permita o requiera otros usos.

¿Cuánto tiempo se conservarán mis datos?

Sus datos se conservarán por un mínimo de siete años.

Firma del padre/madre/tutor(a)

Consentimiento opcional: Liberar información y participar en una evaluación

Por favor, coloque sus iniciales para confirmar que ha leído, entiende y está de acuerdo con lo siguiente.

_____ El Administrador de Área o el Estado de Minnesota puede compartir información de mi solicitud, la elegibilidad de mi hijo(a) y el monto de cualquier Beca para el aprendizaje temprano, y el programa donde uso mi beca, con los evaluadores de programas autorizados por el Estado de Minnesota con el propósito de analizar cómo se gastan los fondos, cómo las familias se informan sobre el programa, el impacto del programa en el desarrollo infantil o la preparación escolar, la calidad de los programas de aprendizaje temprano donde se utilizan las becas y otras evaluaciones que el Estado de Minnesota considere relevantes. Ningún informe público incluirá información específica identificativa sobre ningún(a) niño(a) en particular.

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

1. Verifico que soy el padre/madre o tutor(a) legal, toda la información en esta solicitud es verdadera y se han informado los ingresos de todos los miembros adultos del hogar. Entiendo que, si se proporciona información falsa, mi(s) hijo(s) puede(n) perder la beca y es posible que deba reembolsar al estado los fondos ya pagados.
2. Estoy de acuerdo con los requisitos del programa descritos en la página del Acuerdo para Cumplir con los Requisitos.
3. Estoy de acuerdo en que mi información y/o la información de mi hijo(a) sea compartida según lo descrito en el Consentimiento Requerido para Compartir su Información.
4. Estoy de acuerdo en que he leído y entiendo la Advertencia de Tennessee.

Firma del padre/madre o tutor(a) legal

Firme con tinta azul/negra o electrónicamente, no con lápiz.

* Nombre Legal del Padre/Madre/Tutor(a): _____
Nombre Segundo nombre Apellido

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

Envíe su solicitud

Envíe su solicitud completa y la documentación de elegibilidad a su Administrador de Área:



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

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