DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES

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

Puede solicitar una beca de aprendizaje en la primera infancia - Pathway I en línea. Visite earlylearningscholarshipshub.mn.gov para presentar su solicitud en línea. Nota: Si el niño está bajo cuidado de acogida, el trabajador social de la agencia de cuidado de acogida debe presentar la solicitud en línea. Los padres/madres de cuidado de acogida no pueden solicitar una beca por sí mismos.

Indicaciones

¿Qué es una beca de aprendizaje en la primera infancia?

Una beca de aprendizaje en la primera infancia - Pathway I puede ayudar a su hijo a asistir a un programa de cuidado y educación temprana de alta calidad para garantizar que entre en el Kindergarten preparado para tener éxito. El dinero de la beca se abonará 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 alta calidad para la primera infancia. Para obtener más información, visite el sitio web de Parent Aware (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 de Pathway I y Pathway II al mismo tiempo.

¿Dónde puede usar mi hijo una beca?

Puede usar una beca de aprendizaje en la primera infancia - Pathway I en cualquier programa participante para la primera infancia calificado por Parent Aware en Minnesota donde su hijo asiste con regularidad.

No es obligatorio que su hijo esté inscrito ni asistiendo a un programa en la fecha en que usted solicite la beca de aprendizaje en la primera infancia. Para encontrar un programa elegible, póngase en contacto con la línea telefónica de los Servicios de Información sobre Cuidado Infantil de Child Care Aware of Minnesota (888-291-9811) o visite el sitio web de Parent Aware (ParentAware.org). Puede usar estos mismos recursos si su hijo ya asiste a un programa pero usted quiere explorar otras opciones. Si le adjudican una beca, asegúrese de informar al administrador de área sobre el programa que elija.

¿Cuál es el importe máximo de las becas?

El importe máximo de la beca disponible depende de la edad de su hijo, del condado, del tipo de programa y del nivel de Parent Aware. Infórmese sobre los importes máximos de las becas en la página web de becas de aprendizaje en la primera infancia: 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 después del 1 de septiembre del año escolar en curso. (Los niños dejan de ser elegibles si tienen 5 años el 1 de septiembre o si ya están inscritos y asisten al Kindergarten, lo que ocurra antes).
2. **Dirección:** el niño debe residir en Minnesota (tener una dirección en Minnesota).
3. **Ingresos:** la familia debe tener un ingreso familiar igual o menor al 85 % del ingreso promedio del estado (SMI) o recibir ayuda de un programa aprobado con financiación estatal o federal.

Consulte las pautas de elegibilidad de ingresos en la página 12.

Poblaciones prioritarias

Los niños que cumplan uno o varios de los siguientes criterios tendrán prioridad para recibir fondos de las becas de aprendizaje en la primera infancia. Las familias también deben cumplir los requisitos de ingresos para ser elegibles, a menos que se cumpla algo de lo siguiente:

- Estén bajo cuidado de acogida o tengan un padre/madre/tutor en cuidado de acogida extendida hasta los 21 años (no se requiere documentación de ingresos).
- Hayan sido remitidos a servicios de protección infantil (no se requiere documentación de ingresos).
- Tengan un padre/madre menor de 21 años que está estudiando para obtener un diploma de escuela secundaria o un diploma de educación general (GED).
- Hayan experimentado la falta de vivienda en los últimos 24 meses.
- Tengan un padre/madre actualmente en la cárcel, prisión, centro de detención o bajo supervisión activa.
- Estén o tengan un padre/madre actualmente en un programa de tratamiento por consumo de sustancias.
- Estén o tengan un padre/madre actualmente en un programa de tratamiento de salud mental.
- Hayan sufrido violencia doméstica.
- Actualmente dispongan de un programa de educación individualizada (IEP, de 3 a 5 años) o de un plan individualizado de servicios familiares (IFSP, del nacimiento a los 3 años).

Además,

- Los niños desde el nacimiento hasta los 3 años deben tener prioridad sobre los de 4 años.
- Las familias con ingresos iguales o inferiores al 47 % del ingreso promedio del estado (SMI) deben tener prioridad sobre las familias con ingresos más elevados (a partir del 1 de julio de 2025).

¿Cómo solicito una beca de aprendizaje en la primera infancia?

1. Rellene la solicitud con tinta azul/negra o de forma electrónica. La información obligatoria está marcada con un asterisco (*).
   - Si el niño está bajo cuidado de acogida, la agencia de servicios sociales del condado o de la tribu debe rellenar y firmar la solicitud. El padre/madre de cuidado de acogida no puede solicitar directamente una beca.
2. Adjunte la documentación requerida para demostrar su elegibilidad. Consulte en la página 6 los requisitos para la opción 1 (prueba de participación en un programa financiado con fondos públicos) o en la página 7 los requisitos para la opción 2 (prueba de ingresos).
   - Si se solicita en la categoría “elegibilidad del padre/madre menor de 21 años”, el padre/madre solicitante debe proporcionar una prueba escrita de que está cursando un diploma de escuela secundaria o GED®, en papel membretado de la institución educativa que ofrece los estudios que cursa.
3. Lea el Acuerdo de cumplimiento de requisitos y la Advertencia Tennessen.
4. Firme y feche la solicitud con tinta azul/negra o con firma electrónica.
5. Envíe la solicitud original al administrador de área siguiendo las instrucciones que figuran al final de la Lista de verificación de la solicitud en la página siguiente.

Este formulario se creó por el programa de becas de aprendizaje en la primera infancia del estado de Minnesota y no se debe alterar ni modificar de ninguna manera.

La financiación es proporcionada por el estado para apoyar la administración de las becas de aprendizaje en la primera infancia, Estatutos de Minnesota, sección 142D.25

Lista de verificación de la solicitud

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

- Rellene todas las secciones obligatorias de la solicitud. Los elementos marcados con un asterisco (*) son obligatorios. El resto de la información es opcional.
- Rellene este formulario con tinta azul/negra o de forma electrónica.
- Lea con atención cada línea de la sección **Acuerdo de cumplimiento de requisitos** y la **Advertencia Tennessen**.
- Firme y feche la solicitud con tinta azul/negra o de forma electrónica.
    - *Opcional:* lea el acuerdo para participar en la evaluación y escriba sus iniciales para dar su consentimiento.
- Engrape todos los documentos de respaldo en el dorso 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 que figuran en la página 6.
    - Para la opción 2: documentación sobre los ingresos junto con 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, uno de los adultos deberá rellenar el formulario de *Declaración de ausencia de ingresos del hogar* de la página 8 y presentarlo junto con su solicitud.
    - Si es padre/madre adolescente menor de 21 años y está cursando un diploma de escuela secundaria o GED®, debe presentar una prueba escrita de ello en papel membretado de la institución educativa que ofrece los estudios que cursa.
- Presente la solicitud completa y firmada, junto con la documentación de elegibilidad adjunta, al administrador de área que se indica a continuación.
- Conserve al menos una copia de la solicitud y de los documentos para su propio registro.

Envío de la solicitud

Envíe su solicitud completa y la documentación de elegibilidad a su administrador de área.

No envíe esta solicitud al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF).

think small

1. Enviar a: 10 Yorkton Ct, St Paul, MN 55117
2. Escanear y enviar por Correo Electrónico: ApplyELS@thinksmall.org
3. Escanear y cargar a nuestro portal seguro en línea: https://thinksmall.leapfile.net

El administrador de área le enviará una carta para informarle del estado de la beca de aprendizaje en la primera infancia - Pathway I de su hijo(s). Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el administrador de área.

La falta de documentación como la prueba de participación en el programa o de ingresos, o la falta de firmas puede causar retrasos.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES

El recuadro es solo para uso del administrador:

Nombre del programa: _____

Fecha de inicio de la adjudicación: _____

Monto de la adjudicación: _____

Año fiscal de la solicitud: _____

Notas: _____

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

Rellene este formulario con tinta azul/negra o de forma electrónica. La información marcada con un asterisco (*) debe ser completada por el padre/madre/tutor. Si alguna de las preguntas obligatorias se deja en blanco, el padre/madre/tutor deberá corregir la solicitud.

Si el niño está bajo cuidado de acogida, el trabajador social de la agencia de cuidado de acogida debe presentar la solicitud en línea. Los padres/madres de cuidado de acogida no pueden solicitar una beca por sí mismos.

Información del niño

Proporcione la información de todos los niños que quiere que se consideren para una beca; **todos los niños desde el nacimiento hasta los 4 años son elegibles**. Use solicitudes diferentes para los niños que vivan en domicilios diferentes. Los hermanos son los niños que comparten uno o ambos padres por sangre, matrimonio o adopción, incluidos los hermanos según lo definido por el código o las costumbres tribales de los niños.
Incluya a todos los niños desde el nacimiento hasta los 4 años.

Nota: Los niños mayores de 5 años el 1 de septiembre del año fiscal en curso no son elegibles para recibir una beca.

Niño uno

*Nombre legal del niño: _____
Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

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

*Género del niño (*marque uno*): ◯ Masculino ◯ Femenino

¿Este niño está bajo cuidado de acogida?: ◯ Sí ◯ No

Grupo étnico (*marque uno*): ◯ Hispano/Latino ◯ No hispano ni latino

Raza (*marque todas las que correspondan*):
☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Persona negra o afroamericana
☐ Isleño del Pacífico o nativo de Hawái ☐ Persona blanca

¿Se le realizó a este niño una evaluación de la primera infancia? ◯ Sí ◯ No

Si la respuesta es sí: Ubicación: _____ Fecha (MM/AAAA):_____

Indique el programa de educación de primera infancia en el que piensa utilizar la beca, si se le adjudica. *Escriba "desconocido" si aún no se seleccionó un programa.* _____ Teléfono:_____

¿Este niño asiste actualmente a este programa? ◯ Sí ◯ No

Si solo presenta una solicitud para un niño, sáltese esta página. Si presenta una solicitud para más de tres niños, fotocopie esta página y adjunte las hojas adicionales a su solicitud.

Niño dos

*Nombre legal del niño: _____
Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

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

*Género del niño (*marque uno*): ◯ Masculino ◯ Femenino

¿Este niño está bajo cuidado de acogida?: ◯ Sí ◯ No

Grupo étnico (*marque uno*): ◯ Hispano/Latino ◯ No hispano ni latino

Raza (*marque todas las que correspondan*): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Persona negra o afroamericana ☐ Isleño del Pacífico o nativo de Hawái ☐ Persona blanca

¿Se le realizó a este niño una evaluación de la primera infancia? ◯ Sí ◯ No

Si la respuesta es sí: Ubicación: _____ Fecha *(MM/AAAA)*: _____

Indique el programa de educación de primera infancia en el que piensa utilizar la beca, si se le adjudica. *Escriba "desconocido" si aún no se seleccionó un programa.* _____ Teléfono:_____

¿Este niño asiste actualmente a este programa? ◯ Sí ◯ No

Niño tres

*Nombre legal del niño: _____
Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

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

*Género del niño (*marque uno*): ◯ Masculino ◯ Femenino

¿Este niño está bajo cuidado de acogida?: ◯ Sí ◯ No

Grupo étnico (*marque uno*): ◯ Hispano/Latino ◯ No hispano ni latino

Raza (*marque todas las que correspondan*): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Persona negra o afroamericana ☐ Isleño del Pacífico o nativo de Hawái ☐ Persona blanca

¿Se le realizó a este niño una evaluación de la primera infancia? ◯ Sí ◯ No

Si la respuesta es sí: Ubicación: _____ Fecha *(MM/AAAA)*: _____

Indique el programa de educación de primera infancia en el que piensa utilizar la beca, si se le adjudica. *Escriba "desconocido" si aún no se seleccionó un programa.* _____ Teléfono:_____

¿Este niño asiste actualmente a este programa? ◯ Sí ◯ No

Información del padre/madre/tutor legal

El padre/madre o tutor legal de los niños incluidos en esta solicitud debe rellenar este apartado.

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

*Dirección de residencia: _____ N.º de apto./unidad: _____

*Ciudad: _____*Estado: _____*Código postal: _____Condado: _____

*Parentesco con el niño: ◯ Padre/madre ◯ Tutor legal (designado por el tribunal)
Otro:_____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Usted da su consentimiento para recibir mensajes de texto de su administrador de área?
Pueden aplicarse tarifas por mensajes o datos. ◯ Sí ◯ No

Dirección postal (si es diferente de la dirección de residencia): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____Condado: _____

Contacto adicional 1

Si hay otra persona de contacto, como otro padre/madre/tutor legal, otro miembro de la familia, trabajador social, personal del programa, intérprete u otro adulto que quiere incluir en su solicitud, indíquelo aquí. Si hay dos padres/tutores legales, el segundo padre/madre/tutor legal debe figurar aquí. Al incluir a esta persona en la lista, usted da su consentimiento para que el administrador de área se ponga en contacto con este adulto para tratar la información de este formulario.

Nombre: _____
Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

Dirección de residencia: _____N.º de apto./unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____Condado: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Usted da su consentimiento para recibir mensajes de texto de su administrador de área?
Pueden aplicarse tarifas por mensajes o datos. ◯ Sí ◯ No

*Parentesco con el niño o los niños: _____

Contacto adicional 2

Opcional: si hay otra persona de contacto, como otro miembro de la familia, trabajador social, personal del programa, intérprete u otro adulto que quiere incluir en su solicitud, indíquelo aquí. Al incluir a esta persona en la lista, usted da su consentimiento para que el administrador de área se ponga en contacto con este adulto para tratar la información de este formulario.

Nombre: _____
Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

Dirección de residencia: _____ N.º de apto./unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Código postal: _____ Condado: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Usted da su consentimiento para recibir mensajes de texto de su administrador de área?
Pueden aplicarse tarifas por mensajes o datos. ◯ Sí ◯ No

Parentesco con el niño o los niños: _____

Información del padre/madre/tutor legal

¿Cuál es el nivel más alto de estudios que completó? *Marque una opción.*

- ◯ Menos que un diploma de educación secundaria
- ◯ Diploma de escuela secundaria o equivalente (p. ej., GED)
- ◯ Estudios universitarios parciales
- ◯ Título de asociado
- ◯ Título de licenciatura
- ◯ Título de posgrado

¿Cuál es su situación laboral actual? *Marque una opción.*

- ◯ Empleado a tiempo completo (25 horas semanales o más)
- ◯ Empleado a tiempo parcial (menos de 25 horas semanales)
- ◯ Desempleado, en búsqueda de empleo
- ◯ Desempleado, sin búsqueda de empleo

Se solicita la siguiente información porque ciertas situaciones pueden dar prioridad a su hijo para una beca de aprendizaje en la primera infancia. Compartir esta información es opcional, y solo puede beneficiar la solicitud de su hijo y no se puede utilizar para denegar la solicitud de su hijo. Para más detalles, consulte la Guía complementaria para poblaciones prioritarias en la página web de becas de aprendizaje en la primera infancia: https://education.mn.gov/MDE/fam/elsprog/elschol/

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

Si la respuesta es sí, fecha de nacimiento del niño *(MM/DD/AAAA):* _____

Y adjunte una prueba escrita de que obtuvo el diploma de escuela secundaria o GED® en papel membretado de la institución educativa.

¿El padre/madre, cuidador primario, tutor legal o el niño experimentan alguna de las siguientes situaciones? *Marque lo que corresponda.*

- ☐ Actualmente en la cárcel, prisión, centro de detención o bajo supervisión activa
- ☐ Actualmente en un programa de tratamiento por consumo de sustancias
- ☐ Actualmente en un programa de tratamiento de salud mental
- ☐ Violencia doméstica
- ☐ Actualmente disponen de un programa de educación individualizada (IEP, de 3 a 5 años) o de un plan individualizado de servicios familiares (IFSP, del nacimiento a los 3 años)

¿Su familia experimentó alguna de las siguientes situaciones de vivienda en algún momento durante los últimos 24 meses (incluido el presente) debido a dificultades económicas o a la pérdida de la vivienda? *Marque lo que corresponda.*

- ☐ Refugio
- ☐ Mudarse de un lugar a otro
- ☐ Automóvil, al aire libre o en un espacio público
- ☐ Alojarse temporalmente con otras familias o amigos
- ☐ Hotel, motel, caravana o campamento (*por pérdida de vivienda, dificultades económicas u otro motivo similar*)

Para un niño en servicios de protección

Si su hijo no recibe servicios de protección infantil, deje este apartado en blanco.

Agencia remitente: _____ Fecha: _____

Nombre del personal remitente: _____ Cargo: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Para un padre/madre bajo cuidado de acogida extendida hasta los 21 años

Si no es un padre/madre bajo cuidado de acogida extendida, deje este apartado en blanco. Si su hijo está bajo cuidado de acogida, su trabajador social debe rellenar la solicitud.

Agencia remitente: _____ Fecha: _____

Nombre del personal remitente: _____ Cargo: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Información del hogar

Niños en el hogar*

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

Nombre del niño Enumere a todos los niños del hogar, incluidos los solicitantes de beca.	**Inicial del segundo nombre del niño**	**Apellido del niño**	**Fecha de nacimiento del niño**	**¿Solicita la beca de aprendizaje en la primera infancia? Sí/No**

¿Qué idioma habla más su familia en casa? *Marque una opción.*

◯ Inglés ◯ Hmong ◯ Somalí ◯ Español ◯ Vietnamita ◯ Otro: _____

¿Necesita un intérprete? ◯ Sí ◯ No

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

- ☐ Banda Bois Forte de Chippewa
- ☐ Banda Fond Du Lac de la Reserva Chippewa del Lago Superior
- ☐ Banda Grand Portage de la Reserva Chippewa del Lago Superior
- ☐ Banda Leech Lake de Ojibwa
- ☐ Comunidad Indígena del Bajo Sioux
- ☐ Banda Mille Lacs de Ojibwa
- ☐ Comunidad Indígena de Prairie Island
- ☐ Banda Red Lake
- ☐ Comunidad Shakopee Mdewakanton Sioux
- ☐ Comunidad Sioux Superior
- ☐ Reserva White Earth
- ☐ Otro: _____

¿Cómo se enteró de las becas de aprendizaje en la primera infancia? *Marque todas las que correspondan.*

- ☐ Mi programa
- ☐ Amigos o familiares
- ☐ Otra familia en mi programa
- ☐ Administrador de área
- ☐ Socio comunitario (p. ej., biblioteca)
- ☐ Redes sociales (Facebook, Twitter)
- ☐ Investigación en línea
- ☐ Parent Aware/Child Care Aware
- ☐ Proveedor de servicios tribal, del condado o estatal
- ☐ Folleto/publicidad
- ☐ Otro: _____

Prueba de elegibilidad de ingresos

Las familias deben demostrar que cumplen los requisitos de ingresos.

Opción 1: Participación en programas públicos

- Si responde **sí** a una o más de las preguntas 1 a 7, **adjunte a su solicitud la documentación de uno de sus programas públicos**.
- **Las pruebas de participación aceptables incluyen** un aviso oficial con el papel membretado del programa; una solicitud con la aprobación o firma del programa (es decir, una solicitud aprobada del Programa de Alimentos para Centros de Cuidado Infantil y de Adultos [CACFP] o del programa de Comidas Gratuitas o a Precio Reducido [FRPM]); un formulario de autorización del programa público; una factura o recibo vigente del programa (es decir, factura del programa Electrónico de Cuidado Infantil de Minnesota [MEC²] del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil [CCAP]); o una captura de pantalla del sistema oficial de registro de un programa (es decir, estado de comidas gratuitas o a precio reducido en Infinite Campus). La prueba de participación debe llevar el nombre del padre/madre/tutor o de los niños, estar fechada y 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 o documentación vencida.

Programa público Adjunte una prueba de **uno de los programas** que figuran a continuación.	**Escriba Sí o No**
1. ¿Su hijo o algún hermano participa en el **Programa de Comidas Gratuitas y a Precio Reducido (FRPM)**? *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 del programa.*	
2. ¿Participa actualmente en el **Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP)**? *Si la respuesta es sí, adjunte documentación del CCAP, como la carta de notificación de decisión.*	
3. ¿Su hijo está inscrito en un **programa Head Start**? *Si la respuesta es sí, adjunte documentación de la 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.*	
4. ¿Participa actualmente en el **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)**? *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 de transferencia electrónica de beneficios (EBT) no es documentación aceptable.*	
5. ¿Participa actualmente en el **Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP)**? *Si la respuesta es sí, adjunte documentación del MFIP, como una carta o declaración de estado de su condado, u otra documentación del condado.*	
6. ¿Participa actualmente en el **Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)**? *Si la respuesta es sí, adjunte documentación del CACFP que demuestre 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 solo en la elegibilidad del área de proveedores del CACFP. Las familias deben ser elegibles en función de sus propios ingresos.*	
7. ¿Participa actualmente en un **Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas**? *Si la respuesta es sí, adjunte documentación del Programa de Distribución de Alimentos, como una carta de autorización o una declaración de situación.*	

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 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 revisión de 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 participa actualmente en uno de los programas públicos de la opción 1 que figuran en la página 6 y puede aportar documentación al respecto.

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

- Enumere en la tabla a los miembros adultos del hogar (incluido usted).
- Para los fines de este programa, los miembros de su hogar son "cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no tenga parentesco".
  - Los miembros del hogar incluyen a todas las personas que viven en el hogar, estén relacionadas o no (como abuelos, otros parientes o amigos), que comparten ingresos y gastos. Los hogares no incluyen a otras personas económicamente independientes, como un compañero de habitación.
  - Incluya a cualquier estudiante universitario que esté temporalmente fuera de casa.
  - Incluya a todos los adultos, aunque no tengan ingresos.
- Si tienen ingresos, indique solo los ingresos brutos totales. Anote los ingresos en dólares enteros.
- Si no tienen ingresos de ninguna fuente, marque la casilla "Sin ingresos".

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

- La prueba aceptable incluye el formulario W-2 del año anterior, los talonarios de pago más recientes (consecutivos) de 30 días para cada generador de ingresos, estado de ayuda financiera o una declaración de un empleador en papel membretado de la empresa.
  - Las familias deben presentar la documentación más reciente disponible.
  - Los talonarios de pago deben estar fechados dentro de los seis meses previos a la adjudicación.
  - Si no se dispone de otros tipos de documentación, se pueden utilizar los documentos de la declaración de impuestos 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 el hogar no tiene ingresos, uno de los adultos del hogar debe rellenar la *Declaración de ausencia de ingresos del hogar* en la página 8.

Fuentes de ingreso para adultos

Salario bruto del trabajo

- Sueldos, salarios, bonos en efectivo (antes de deducciones o impuestos)
- Si pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos:
  a. Pago básico y bonos en efectivo (NO incluyen la paga de combate, la Asignación Familiar Suplementaria de Subsistencia [FSSA] ni los subsidios de vivienda privatizada)
  b. Subsidios para vivienda fuera de la base, comida y ropa

Trabajador independiente o agricultor

- Ingresos netos del trabajo independiente (negocio agrícola o comercial)

Manutención infantil, pensión alimenticia

- Pagos de manutención infantil, pagos de pensión alimenticia

Todos los demás ingresos

- Otra asistencia en efectivo del gobierno estatal o local (no incluya los programas de la opción 1 que figuran en la página 9)
- Beneficios de desempleo
- Indemnización laboral
- Beneficios para veteranos
- Beneficios de la huelga
- Seguridad social, beneficios por discapacidad
- Ingresos regulares provenientes de fideicomisos o herencias
- Rentas vitalicias, ingresos por inversiones, ingresos por alquiler
- Pagos regulares en efectivo provenientes de fuera del hogar

Opción 2: Elegibilidad de ingresos del hogar

Adultos en el hogar y sus ingresos (Si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

En la siguiente tabla, marque con una x la casilla correspondiente a cada grupo.

Nombres de todos los miembros adultos del hogar (Nombre y apellido)	**Salario bruto del trabajo** No escriba el salario por hora. Marque con una X la casilla correspondiente.					**¿Usted es trabajador independiente o agricultor?**			**Manutención infantil, pensión alimenticia**					**Todos los demás ingresos**					**Sin ingresos**
Enumere a todos los miembros **adultos** del hogar (incluido usted) aunque no tengan ingresos. Incluya a los niños que estén temporalmente en el colegio o en la universidad.	Semanalmente	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Indique los ingresos **antes de deducciones o impuestos** en dólares enteros (sin centavos). ($)	Mensualmente	Anualmente	Ingresos netos de negocio agrícola o trabajo independiente. (No duplicar en ningún otro lugar). ($)	Semanalmente	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Pagos recibidos ($)	Semanalmente	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Pensión, jubilación, discapacidad, desempleo, beneficios para veteranos, etc. ($)	Marque si este adulto no tiene ingresos.
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		

Su solicitud no está complete sin los documentos adicionales de ingresos.

¿No tienes ingresos? Se ***debe*** *completar los Adultos en el Hogar y sus Ingresos* en la página 7, así como el formulario *de Declaración de Hogar sin Ingresos* en la página 8.

Adjunte documentos adicionales que muestren que usted cumple con los requisitios de elegibilidad de ingresos enumerados en las paginas 6 y 7.

Ejemplos comunes presentados para la Opción 1: Participación en Programas Públicos (página 6)

- ***Carta de la escuela indicando que un miembro de la familia recibe comidas gratuitas o a precio reducido***
- ***Carta autorizada del condado que indique su nombre como destinatario de SNAP/MFIP/CCAP.***
- ***Declaración de inscripción de Head Start***

Ejemplos comunes presentados para la Opción 2: Elegibilidad por ingresos del hogar (página 7)

- ***Los talones de cheque mas recientes y consecutivos de los últimos 30 días***
- ***W2 del año anterior***
- ***Impuestos firmados del año anterior***
- ***Historial de pago de manutención infantil***
- ***Declaraciones de pago de SSI***

Si esta solicitando y busca obtener priorización como padre menor de 21 años de edad que esta inscrito en la secundaria o en un programa para obtener el GED, requerimos una prueba escrita de su estatus como estudiante en membrete de la organización educativa.

Póngase en contacto con nosotros si no está seguro de estas instrucciones o de los tipos de documentos aceptables.

651-641-6604
scholarships@thinksmall.org

Asegúrate de tener todo lo que necesitas para tu solicitud antes de enviarla. Consulte la página 4 de las Instrucciones para revisar una lista de verificación.

Complete esta página si **ninguno** de los miembros adultos de su hogar tiene ingresos.
Omita esta página si utiliza un programa de la opción 1 o si uno o más adultos de su hogar tienen ingresos.

- Los hogares sin ingresos deben incluir a todos los adultos en la página 7.
- No complete esta página si los ingresos de uno o más adultos figuran en la página 7.
- No complete esta página si respondió "sí" a las preguntas 1 a 7 de la página 6 y presenta una prueba de participación en un programa público.

Declaración de hogar sin ingresos

Esta declaración sirve como constancia de que su hogar no recibe ingresos para la opción 2. Este formulario se debe rellenar por el mismo padre/madre o tutor legal que firma la *Solicitud de becas de aprendizaje en la primera infancia - Pathway I.*

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

no recibimos ingresos a fecha de hoy, _____.
Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)

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

Acuerdo de cumplimiento de requisitos

Al firmar esta solicitud, confirma que ha leído y que comprende y acepta los requisitos del programa de becas de aprendizaje en la primera infancia y los puntos que se enumeran a continuación.

- La información que figura en esta solicitud es verdadera y se declaran los ingresos de todos los miembros del hogar. Si proporciono información falsa a propósito, mi hijo puede perder la beca, y es posible que tenga que reembolsar al estado los fondos abonados.
- **Mi hijo de 3 a 5 años** debe completar una evaluación de la primera infancia dentro de los 90 días calendarios posteriores a su asistencia a un programa seleccionado usando una beca. Si mi hijo recibe una beca entre los 0 y los 2 años, se le deberá realizar la evaluación dentro de los 90 días posteriores a su tercer cumpleaños.
- Mi hijo seguirá siendo elegible para recibir una beca hasta el 31 de agosto del año en que cumpla los requisitos de edad para el Kindergarten, o hasta que tenga 5 años el 1 de septiembre, siempre y cuando haya fondos estatales disponibles.
- Notificaré al administrador de área cuando mi hijo deje de asistir al programa en el que usamos la beca.
- Notificaré al administrador de área si me mudo o cambian mis datos de contacto.
- Dentro de los tres meses siguientes a recibir una beca de aprendizaje en la primera infancia, mi(s) hijo(s) adjudicado(s) deberá(n) estar inscrito(s) en un programa que participe en Parent Aware o se cancelará la beca. En caso necesario, el administrador de área me dirigirá a Child Care Aware para que me ayude a encontrar programas en mi área. La beca se puede cancelar antes si no me comunico con el administrador de área sobre mis planes para utilizar la beca.
- Se espera una asistencia regular y constante. Las becas de aprendizaje en la primera infancia no cubren más de 25 días de ausencia, 10 días de cierre programado y 11 días festivos del programa. Los días de ausencia superiores a 25 no serán cubiertos por las becas y deberé abonar los cargos por mi cuenta, a menos que se haya concedido una exención oficial a mi(s) hijo(s).
- Si el programa deja de participar en Parent Aware, es posible que no pueda seguir utilizando la beca de aprendizaje en la primera infancia para ese programa.
- Si soy un proveedor de cuidado infantil familiar que participa en Parent Aware, entiendo que no puedo utilizar la beca de aprendizaje en la primera infancia de mi propio hijo en mi cuidado infantil en el hogar con licencia.

Consentimiento requerido para compartir su información

Para participar en el programa de becas, debe dar su consentimiento a todas las declaraciones que figuran a continuación.

- El administrador de área podrá compartir con el programa que yo elija el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi hijo o hijos, así como mi nombre y dirección que figuran en la solicitud, además del importe de la beca a la que puede optar mi hijo y la fecha de adjudicación. Esto es necesario para garantizar la exactitud entre la solicitud, el *Acuerdo para la planificación de adjudicaciones* y la información conservada por el programa.
- El administrador de área podrá compartir con el programa que yo elija el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi hijo o hijos, así como mi nombre y dirección que figuran en la solicitud con: (1) mi distrito escolar local, con el fin de asignar a mi hijo un número único de identificación de estudiante estatal (SSID) que utilizará el administrador de becas o área, y (2) el Departamento de Educación de Minnesota (MDE) para identificar a mi hijo y validar los pagos de las becas.
- El estado de Minnesota puede compartir información sobre mí y la elegibilidad de mi hijo o hijos, así como el uso que hagan de las becas con otras agencias gubernamentales y programas incluidos, entre otros: el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP), trabajadores de agencias sociales del condado o tribales, MFIP, SNAP, Head Start, el programa de Comidas Gratuitas o a Precio Reducido (FRPM), y el Programa de Alimentos para Centros de Cuidado Infantil y de Adultos (CACFP). Estas agencias también pueden compartir información sobre mí y la elegibilidad de mi hijo o hijos para la asistencia y su uso con el estado de Minnesota. Esta información se puede utilizar para verificar la elegibilidad de los ingresos de mi familia para las becas y para controlar el uso de las becas y otros programas de asistencia pública. Entiendo que el consentimiento para compartir mi información sigue vigente durante seis meses después de que finalice mi beca.

- Los administradores de área pueden compartir información de esta solicitud con el estado de Minnesota, incluidos mi nombre y dirección; información demográfica; educación del padre/madre; información de ingresos; la elegibilidad de mi hijo para recibir una beca de aprendizaje en la primera infancia y el monto de esta; el programa en el que utilizo la beca; el número de SSID de mi hijo; y si cumplí o no con los requisitos del programa. Esta información se requiere para revisar la elegibilidad, para la implementación del programa y para cumplir con la ley estatal que autoriza el programa.
- Para verificar que se llevó a cabo la evaluación de la primera infancia, autorizo al administrador de área a ponerse en contacto con la oficina del distrito escolar del niño para verificar el lugar y la fecha de la evaluación.

Nota: *No estoy obligado a dar mi consentimiento para compartir mis datos, pero si decido no hacerlo, entiendo que mi hijo o hijos no serán elegibles para recibir una beca de aprendizaje en la primera infancia. La información que se divulgará no incluye los documentos de respaldo adjuntos a esta solicitud.*

Advertencia Tennessen del estado de Minnesota

Este aviso se 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 solicitamos?
Estamos solicitando toda la información en la solicitud del programa becas de aprendizaje en la primera infancia - Pathway I, y parte de esta información se considera como datos privados según la ley de Minnesota.

¿Por qué le pedimos esta información?
La información de esta solicitud es necesaria para solicitar una beca de aprendizaje en la primera infancia. Utilizaremos la información recopilada aquí, y cualquier otra 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 está obligado legalmente a proporcionar los datos solicitados; sin embargo, sin ellos, no podremos determinar si su hijo cumple con los requisitos y no recibirá una beca.

¿Quién más puede ver esta información?
Como se describe en otra parte de la solicitud, con su consentimiento informado requerido compartiremos su información con el programa que usted elija, su distrito escolar de residencia y el estado de Minnesota. Si da su consentimiento opcional, una tercera entidad utilizará su información para evaluar la efectividad del programa de becas en el estado. Todas estas entidades, incluido el evaluador, están sujetas a las prácticas de datos y leyes de privacidad de Minnesota, y no compartirán sus datos privados, excepto en los casos descritos aquí y en el consentimiento. El evaluador no debe compartir sus datos con nadie más que con el programa de becas de aprendizaje en la primera infancia del estado de Minnesota.
También podemos proporcionar los datos que le entregó al auditor legislativo, al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota 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 forma se puede utilizar esta información?
Podemos utilizar o divulgar esta información solo como se indica en este aviso, a menos que usted nos dé su permiso por escrito para divulgar la información con otro fin o a otra persona o entidad. La información se puede utilizar para otro propósito si el Congreso de los EE. UU. o la Legislatura de Minnesota aprueban una ley que permita o requiera otros usos.

¿Durante cuánto tiempo se conservarán mis datos?
Sus datos se conservarán por un período mínimo de siete años.

Firma del padre/madre/tutor:

Consentimiento opcional: divulgar información y participar en una evaluación

Ponga sus iniciales para confirmar que ha leído y que entiende y acepta lo siguiente.

_____ El administrador de área o el estado de Minnesota pueden compartir la información de mi solicitud, la elegibilidad de mi hijo y el monto de cualquier beca de aprendizaje en la primera infancia, así como el programa donde utilizo mi beca, con evaluadores de programas autorizados por el estado de Minnesota con el fin de analizar cómo se gastan los fondos, cómo se informa a las familias sobre el programa, el impacto del programa en el desarrollo infantil o la preparación escolar, la calidad de los programas de aprendizaje en la primera infancia donde se utilizan las becas y otras evaluaciones que el estado de Minnesota considere importantes. Ningún informe público incluirá información específica que permita identificar a un niño en particular.

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

1. Confirmo que soy el padre, la madre o el tutor legal, que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se declaran los ingresos de todos los miembros adultos del hogar. Entiendo que si se proporciona información falsa, mi hijo o hijos pueden perder la beca y es posible que tenga que reembolsar al estado los fondos ya pagados.
2. Estoy de acuerdo con los requisitos del programa descritos en la página Acuerdo de cumplimiento de requisitos.
3. Acepto que mi información o la información de mi hijo se comparta tal como se describe en el Consentimiento requerido para compartir su información.
4. Confirmo que he leído y que comprendo la Advertencia Tennessen.

Firma del padre/madre o tutor legal

Firme con tinta azul/negra o de forma electrónica, no con lápiz.

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

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

Envíe su solicitud

Envíe su solicitud completa y la documentación de elegibilidad a su administrador de área. No envíe esta solicitud al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF).

think small

1. Enviar a: 10 Yorkton Ct, St Paul, MN 55117
2. Escanear y enviar por Correo Electrónico: ApplyELS@thinksmall.org
3. Escanear y cargar a nuestro portal seguro en línea: https://thinksmall.leapfile.net