

# Información de la Solicitud STAR del 2005-06

## Visión general del proyecto STAR del 2005-2006

Gracias por su interés en el proyecto STAR de la Oficina de Educación y Cuidado Temprano, Primeros 5. Este programa es parte de la iniciativa estatal de Primeros 5 conocida como CARES (Comprehensive Approaches to Raising Educational Standards). Los estudios revelan que proveedores consistentes y de alto estudio son componentes esenciales de alta calidad de educación y cuidado temprano.

El enfoque del proyecto STAR es de reforzar al equipo de calidad del condado de Santa Bárbara a través de un amplio programa de estipendios que lleva al aumento de la retención y educación en el trabajo llevándolos hacia la obtención del permiso de desarrollo infantil, títulos de bachiller y credenciales.

Dese cuenta que el proyecto STAR tiene muchos cambios significativos este año. Asegúrese de leer muy detalladamente todas las secciones de la solicitud.

## Requisitos de elegibilidad de entrada

**Todos los siguientes puntos descritos abajo deberán cumplirse para poder ser elegible para un estipendio. El solicitante puede ser elegible si:**

- Tiene 18 años de edad.
- Provee cuidado infantil de paga por un mínimo de 15 horas por semana, a 2 niños o más desde recién nacidos a 5 años, que no sean los suyos ni parientes, trabaja para una comunidad de CIF con licencia o exento de licencia, o en una escuela preescolar estatal, Head Star, o una guardería pública por 9 meses o más sin lapso de trabajo interrumpido durante el año pasado (julio 2004 - junio 2005). **Nota:** algunas excepciones pueden ser consideradas.
- Es proveedor y trabaja en un lugar con licencia, o está legalmente exento de la licencia.
- Gana menos de \$60,000 al año por el cuidado infantil.

*Se les invita a todos los elegibles a que soliciten. Si hubiese más solicitantes que fondos disponibles, se dará preferencia a los proveedores que trabajen en zonas de prioridad (en comunidades de bajo recurso, preparación escolar y bajo IFA).*

## Requisitos de participación anual

Antes de recibir el premio, todos los siguientes requisitos de participación anual deberán cumplirse:

- Inscribirse y progresar en cursos que le lleven hacia títulos avanzados en la educación infantil temprana (algunas excepciones pueden aplicar). Ver la Página de Trayectorias al dorso de estas páginas informativas.
- Mantenerse en un empleo en el campo de la educación y cuidado temprano.
- Obtener un permiso de desarrollo infantil otorgado por la CCTC.
- Adquirir el aprendizaje de 4 horas en la escala de promedio ambiental.
- Proveer la auto-evaluación de la escala de promedio o el instrumento equivalente y el desarrollo del plan de mejoramiento de calidad.
- Proveer el plan de educación estudiantil (PEE) y/o el plan de crecimiento profesional (PCP), y/o el contrato CCIP, si se aplica.
- Reunirse anualmente con una consejera y desarrollar un plan de desarrollo profesional.

## Elegibilidad de un estipendio suplemental

Usted califica para un solo **estipendio suplemental de bachiller titulado** (BA, MA) si:

- Satisface todas las cualidades anotadas arriba **Y**
- Entrega la documentación necesaria mostrando prueba de un título avanzado.

Usted califica para un **estipendio suplemental de retención** si:

- Satisface todos los requisitos anotados arriba **Y**
- Muestra un comprobante de estar empleado en su trabajo actual por 5 años o más.



Si tiene alguna pregunta sobre el proyecto STAR o el proceso de la solicitud, llámenos al 560-1037 ó al 739-8740

Todos los estipendios están basados en la disponibilidad de fondos

Esta **sexta ronda** es patrocinada por:  
**Primeros 5 y AB 212**



## Información General de la Solicitud

Fecha de vencimiento:  
20 de enero del 2006.  
Vea detalles de al lado.

### Fecha de vencimiento de la solicitud - 20 de enero del 2006

Las solicitudes se aceptarán solamente haciendo cita con la Oficina de Educación y Cuidado Temprano, Primeros 5 o en algún otro local designado. Las solicitudes no serán aceptadas si se entregan sin cita, por correo o por fax. Deberá traer la solicitud completamente llena y todos los documentos requeridos a la cita antes de **20 de enero del 2006**.

Las solicitudes recibidas tarde no se aceptarán.

### Documentación recibida tarde

Los documentos que se entreguen tarde no serán aceptados. La Oficina de Educación y Cuidado Temprano, Primeros 5 le notificará por escrito que su solicitud no será considerada.

### Las solicitudes completamente llenas

Es la responsabilidad del solicitante entregar una solicitud totalmente llena. Por favor use la lista de documentos a entregar en la sección 12 de la solicitud para cerciorarse que tiene una solicitud completa. Las consejeras de STAR repararán cada solicitud y se fijarán en su precisión y veracidad al momento de la entrevista.

Usted tiene el derecho de apelar decisiones respecto al nivel de su premio o el estatus de su elegibilidad. Vea la información de al lado.

### Información sobre una apelación

Si está en desacuerdo con la decisión tomada con respecto a su nivel o estatus de elegibilidad, usted tiene el derecho de apelar. La comitiva de apelaciones reparará todas las apelaciones. Cambios en las determinaciones no están garantizados y todas las decisiones hechas por el comité son definitivas. No se aceptará ningún otro documento durante el proceso de apelación. Detalles sobre el proceso de apelación se mandarán junto con la carta de premiación.

### Los fondos

El proyecto STAR recibe fondos del condado de Santa Bárbara Primeros 5, Primeros 5 California, Dept. de Educación de California – AB 212 y la ciudad de Santa Bárbara. El proyecto STAR está administrado por la Oficina de Educación y Cuidado Temprano, Primeros 5. La sexta ronda del proyecto STAR comienza el 1° de julio del 2005 al 30 de junio del 2006.

La especialista del Proyecto Programa de Calidad y Mejoramiento determinará de donde saldrán los fondos para los estipendios. El proyecto se reserva el derecho de ajustar la cantidad del premio basándose en la disponibilidad de los fondos.

### Las prioridades

Si hubiese más solicitantes que fondos disponibles el proyecto invocará preferencias. La primera preferencia es para los solicitantes que proveen servicios en zonas identificadas como prioridad. La lista de zonas de prioridad estarán disponibles en cuanto las pidan.

### Nota especial

Si hubiese algún fallo en contra del solicitante o del programa para el cual se trabaja que la oficina de licencias haya mandado a "casos legales" o si se encuentran "fuera de cumplimiento" se pudiera considerar inelegible. Quejas o investigaciones rutinarias NO afectará la elegibilidad. Solamente en casos muy extremos es cuando impactaría su elegibilidad.



## Recordatorios Generales

- Por favor llene la solicitud con tinta antes de entregarla en la entrevista
- La solicitud deberá tener su firma original. Copias o faxes no serán aceptados.
- Quédese con una copia de la solicitud para sus archivos.
- Si durante su cita se da cuenta que le faltan documentos y decide mandarlos después de su cita, el proyecto STAR no se hace responsable por documentos perdidos o recibidos tarde. Le sugerimos que entregue los documentos adicionales en persona a nuestra oficina para poderle proveer con un recibo de entrega.

## Documentos de Apoyo

### Seguros sociales

Los cheques se otorgan al nombre que aparece en el seguro social o en la tarjeta de identificación de impuestos (TIN). Se le requiere que entregue una copia de su seguro social junto con la solicitud.

### W-9

El proyecto STAR está sujeto a las regulaciones del IRS, por lo tanto, los estipendios deben ser considerados como entradas de ganancias.

El formulario W-9 es requerido junto con la solicitud STAR. El condado de Santa Bárbara proveerá a todos los premiados el formulario 1099 a fines de enero del 2007. Por lo tanto, su nombre, dirección completa y una copia de su seguro o su número TIN son requeridos al entregar la solicitud. Vea la página de instrucciones adjunta.

### La escala de promedio ambiental

Todo solicitante deberá entregar un comprobante de haber tomado el aprendizaje de las 4 horas en la escala de promedio ambiental. También entregar una copia de los resultados de la evaluación y una copia del plan de mejoramiento. Los proveedores de CIF que están participando en *Spruce Up for Kids* pueden sustituirlo por la herramienta de evaluación de calidad y el *plan de Spruce Up*. Los solicitantes que usen los *Desired Results* en su programa pueden entregar una copia del sumario de los resultados. Ver la hoja *Harmes/Clifford Rating Scale Self-Assessment Guidelines* adherida.

### Plan de crecimiento profesional

Todos los solicitantes que tengan un permiso de desarrollo profesional de maestro o más alto se les requiere que entreguen una copia de su plan de crecimiento profesional.

### Consejera de crecimiento profesional (CCP)

Todos los solicitantes que tengan un permiso como maestro/a o más alto tienen que hacer que su CCP llene el formulario de confirmación de la consejera de crecimiento profesional. Los nombres de las CCP se encuentran en la página de internet en: [www.childdevelopment.org/public\\_list\\_advisors.asp](http://www.childdevelopment.org/public_list_advisors.asp).

## Entrevistas con la Consejera STAR

Se le requiere a todo solicitante que se reúna con una consejera STAR para repasar su solicitud y crear un plan de desarrollo profesional. Se le pide que llame a nuestras oficinas para hacer una cita. Le sugerimos que haga una cita lo más pronto posible. Las citas están disponibles comenzando el 11 de octubre del 2005 durante horas regulares, por las tardes, y algunos sábados. No le podemos garantizar la cita a menos que nos llame antes del 1° de enero del 2006. Las sesiones se llevarán a cabo en las oficinas de Santa María y Santa Bárbara, o en otras localidades con arreglos previos. Llame para hacer una cita al: 739-8740 or 560-1037.

## Los Estipendios

### Notificación de los premios

Las cartas de premiación se pronostican mandarse en Feb. del 2006 y los cheques en Mar. del 2006.

### Evaluación local

A todos los premiados con éxito se le requerirá llenar y regresar una breve evaluación por escrito que documente qué impacto hizo el estipendio en su retención y desarrollo profesional. La evaluación se mandará por correo junto con la carta de premiación. Su estipendio no será entregado hasta que se entregue esa evaluación al proyecto STAR.

## Nuestras Oficinas

Oficina en Santa Bárbara  
1 E. Anapamu Street, Suite 200  
Santa Barbara, CA 93101  
805-560-1037



Oficina en Santa María  
218 W. Carmen Lane, Suite 111  
Santa Maria, CA 93454  
805-739-8740

## Trayectorias STAR

### Estipendio de inscripción - SÓLO para solicitantes principiantes

Se otorgará un premio de inscripción por \$200 a los solicitantes principiantes que entren al proyecto. Se entregará un estipendio de participación anual a los solicitantes principiantes en vez del premio de inscripción si cumplen con todos los requisitos de participación anual y se entregan todos los documentos requeridos a nuestra Oficina de Educación y Cuidado Temprano antes del **20 de enero del 2006**.

### Estipendios de participación anual

Trayectoria	Cantidad	Participantes	Educación Anual/ Requisitos de Crecimiento Profesional*		Tiempo Máximo en la Trayectoria	
			Centro	CCIF	Centro	CCIF
<u>TRAYECTORIA DE ENTRADA</u> Nivel I	\$300	- CCIF con licencia o exento de licencia y personal de centros con menos de 6 uns.  - Requerido solicitar para el permiso	3 unidades por año	A) 1° año - 1 un. ó 18 hrs. de crecim. profes.	3 años	4 años
Nivel II	\$400			B) 2do año - 2 un. ó 36 hrs. (o combinación)		
Nivel III	\$400			C) 3er año - 2 un. ó 36 hrs. (o combinación) D) 4to año - 3 un. ó 56 hrs. (o combinación)		
<u>TRAYECTORIA CON PERMISO</u> Nivel I - <i>Asistente</i>	\$800	- CCIF y personal de centros con un mínimo de 6 uns. en ECE - Solicitar para el permiso como Asistente o más alto	3 unidades por año		10 años	Continuar avanzando en la matriz del permiso o moverse hacia una trayectoria más alta
Nivel II - <i>Asociado</i>	\$900					
Nivel III - <i>Maestro/a</i>	\$1,100					
<u>TRAYECTORIA CON TÍTULO BACHILLER</u>	\$1,300	Equivalente a AA, o un permiso de maestro mínimo	Un mínimo de 6 unidades por año		10 años	
<u>TRAYECTORIA PROFESIONAL</u> (será determinada)	\$500	- Título de AA o BA en ECE - Aprendizaje de PGA - Clase de maestro tutor	18 horas de crecimiento profesional		Indefinidamente	

\* **Estándares de actividades de desarrollo profesional** - ver la **añadidura A** para más detalles.

### Estipendios suplementales - \$200

Los estipendios suplementales de **RETENCION** serán premiados anualmente

Los estipendios suplementales de título **BA** serán premiados una sola vez

Los estipendios suplementales por ser **BILINGÜE** serán premiados si hay fondos disponibles

## Fechas Importantes

**11 de octubre del 2005 - 20 de enero del 2006** Reuniones para la entrega de la solicitud

**5 de noviembre del 2005** ECERS/ ITERS/ FDCR - La escala de promedio ambiental - Santa Bárbara

**3 de diciembre del 2005** FDCRS - Escala de promedio para CCIF - en español

**20 de enero del 2006** Último día para entregar la solicitud



## Nuestra Página de Internet

Visítenos en nuestra página de internet al [www.countyofsb.org/cao/ece/ece.asp](http://www.countyofsb.org/cao/ece/ece.asp) para las preguntas más frecuentes, copias adicionales y/o la solicitud.

# Solicitud STAR del 05-06

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SECCION 1: INFORMACION DEMOGRAFICA

Por favor escriba con  
tinta y letra de molde

Para que su solicitud  
sea considerada,  
TODA la  
Información  
requerida deberá  
contestarse

Apellido actual \_\_\_\_\_ 1er. Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_  
¿Es así como aparece en su acta de nacimiento?  SI  NO Si NO, ¿cuál es el nombre que  
está en su acta?

Apellido \_\_\_\_\_ 1er. nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_

# de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

**Por favor adhiera una copia de su seguro social**

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_, CA Código \_\_\_\_\_  Marque aquí  
si cambió de  
dirección

Domicilio postal (si es diferente al de arriba): \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_, CA Código postal \_\_\_\_\_

Tel. de casa ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (m/d/a) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1er. nombre de su mamá \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento (ciudad, estado o país) \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si tiene) \_\_\_\_\_

## Información de un segundo idioma

¿Cuál es su raza étnica?  
(marque todos los que apliquen)

- Alaska Nat./Indio Amer.
- Asiático
- Negro, Afro-Americano
- Hispano/ Latino
- Islas del Pacífico
- Blanco
- Otra Raza
- Especifique \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma natal  
que habla en su casa?

(Por favor marque más de  
uno si es multilingüe.)

- Chino
- Inglés
- Japonés
- Koreano
- Español
- Tagálog
- Vietnamí
- Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma primario  
que habla con los niños y  
sus familias en el área de  
trabajo? (por favor marque  
todos los que apliquen)

- Chino
- Inglés
- Japonés
- Koreano
- Español
- Tagálog
- Vietnamí
- Otro \_\_\_\_\_

**Agregue la verificación  
del segundo idioma.  
Ver página de verificación.**

## SECCION 2: INFORMACION PROFESIONAL

¿Es usted una consejera de crecimiento profesional?  SI  NO

¿Ha sido usted entrenada para ser una consejera de crecimiento profesional a través del  
Consejo del Aprendizaje de Desarrollo Infantil (CADI)?  SI  NO

## Información del permiso

Nivel del permiso de desarrollo infantil que tiene actualmente:

- Ninguno  Maestro Asociado  Maestra Erudito  Directora de Programa
- Asistente  Maestro/a  Supervisor/a  Otorgado el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por favor adhiera una copia de su permiso válido y al corriente con esta solicitud, si se aplica**

Los solicitantes por  
primera vez NO se  
les requiere que  
tengan un permiso  
de desarrollo  
infantil al momento  
de solicitar para el  
estipendio.

¿Solicitó usted para un permiso del desarrollo infantil en el pasado? (indique el nivel que  
solicitó): \_\_\_\_\_ Fecha que solicitó \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Obtuvo ayuda financiera para ayudarlo a pagar por el permiso?  SI  NO

Si SI, quien le ayudó:  Child Dev. Training Consortium  Empleador  Otro \_\_\_\_\_

**SECCION 3:  
EMPLEO/  
INFORMACION  
DE SU TRABAJO**

**Guardería/ CCIF** para el cual trabaja (Por favor anote el nombre oficial tal como aparece en la licencia)

Nombre del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<b>Centros solamente:</b> Administrado por _____ <i>(Nombre de la agencia, distrito escolar, etc.)</i>
--

Estatus de la licencia:  Exenta de licencia  Con licencia/ # \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo:  Guardería  Centro de Cuidado Infantil Familiar (CCIF)

Tipo de guardería:  Privada, lucrativa  Privada, no lucrativa  Pública

¿Cómo describe el centro de cuidado infantil para el cual trabaja? (marque todos los que apliquen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Head Start/Early Head Start  | <input type="radio"/> Privado/Sin subsidios            |
| <input type="radio"/> Escuela estatal preescolar   | <input type="radio"/> Escuela pública                  |
| <input type="radio"/> CDE cuidado infantil general | <input type="radio"/> Cuidado infantil en base militar |
| <input type="radio"/> Privado/Otra ayuda local     | <input type="radio"/> Otro _____                       |

Si su centro opera horas no-tradicionales, por favor indique los horarios que más apliquen:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Después de las 6pm | <input type="checkbox"/> Entre media noche y las 5am | <input type="checkbox"/> Los fines de semana |
| <input type="checkbox"/> Antes de las 7am   | <input type="checkbox"/> Todo el año                 | <input type="checkbox"/> Otro _____          |

¿Cuántos meses al año opera su centro? \_\_\_\_\_ Cuales meses: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Apellido de la directora/propietaria \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo ( 805 ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha que comenzó a trabajar **en el presente** empleo (mes/ año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Cuántos años lleva trabajando para este empleador/proveedor? (años/meses) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Hasta el 31 de diciembre del 2005, habrá usted trabajado para este empleador por 9 meses o más sin lapsos interrumpidos?  SI  NO Si NO, explique: \_\_\_\_\_

Si NO, nombre el centro de cuidado infantil para el cual trabajó por 9 meses entre  
- **julio 1°, 2004 a junio 30, 2005:** \_\_\_\_\_

**Posición en el  
trabajo**

Posición actual: (*marque sólo uno*) Título de la posición: \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Asistente de maestro/Ayudante | <input type="radio"/> Asistente del CCIF   |
| <input type="radio"/> Personal/Maestra              | <input type="radio"/> Propietaria del CCIF |
| <input type="radio"/> Directora/Administradora      |  |

**Información del  
subsidio estatal  
AB 212**

¿Recibe su centro subsidios estatales? (guarderías solamente)  SI  NO

(eje.: State preschool, Cal-SAFE, CC General, Campus CC) **Si usted marcó que SI a esta pregunta, haga que su empleador llene la verificación del AB 212 en la página de verificación de guardería pública.**

**Experiencia en el  
cuidado infantil**

¿Cuántos años tiene en el campo de la educación y cuidado infantil? \_\_\_\_\_ años.

¿Cuántos años ha proveído cuidado infantil en cada uno de los siguientes? (ponga el # de años)

Guardería pública: \_\_\_\_\_ Cuidado infantil familiar: \_\_\_\_\_ Centro exento de licencia: \_\_\_\_\_

**Información de  
los beneficios**

¿Cuáles de los siguientes beneficios son ofrecidos por su empleador?

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <u>Covertura Médica</u>                        | <u>Covertura Dental</u>                        | <u>Con Descuentos</u>                      | <u>Otros Beneficios</u>                 |
| <input type="radio"/> Completa + depend.       | <input type="radio"/> Completa + depend.       | <input type="radio"/> Cuidado Inf. Gratis  | <input type="radio"/> 401 K             |
| <input type="radio"/> Completa sin depend.     | <input type="radio"/> Completa sin depend.     | <input type="radio"/> 25% de descuento     | <input type="radio"/> Vacaciones Extras |
| <input type="radio"/> Parcial + dependientes   | <input type="radio"/> Parcial + dependientes   | <input type="radio"/> 50% de descuento     | <input type="radio"/> Plan Visual       |
| <input type="radio"/> Parcial sin dependientes | <input type="radio"/> Parcial sin dependientes | <input type="radio"/> Otro descuento _____ | <input type="radio"/> Plan de Retiro    |
| <input type="radio"/> No ofrecida              | <input type="radio"/> No ofrecida              | <input type="radio"/> No ofrecidos         |   |

**SECCION 3:  
EMPLEO/  
INFORMACION  
DE SU TRABAJO  
(continúa)**

Llene esta sección si la información de su salario se aplica a su ambiente de trabajo.

**Información del salario - Solicitante de guardería pública**

Salario anual (sin deducción de impuestos y sin beneficios) ganados por el cuidado de niños: \$ \_\_\_\_\_  
(por favor adhiera una copia del último talón de cheque)

Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_

¿Cuántas semanas trabaja usted al año? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número de promedio de horas que Ud. trabaja por semana en esta posición durante los últimos 9 meses? \_\_\_\_\_

**Información del salario**

**Información de salarios - Solicitantes de CCIF**

**Propietaria:** Salario neto anual (menos los gastos del negocio - porción 31 del *Schedule C* de su reporte de impuestos):  
\$ \_\_\_\_\_  
(entregue una copia del *Schedule C*)

**Empleado/a de CIF:** Salario anual (antes de la deducción de impuestos y sin incluir beneficios) recibido por el cuidado infantil:  
\$ \_\_\_\_\_ Por hora: \$ \_\_\_\_\_  
(adhiera una copia del último talón de cheque)

¿Cuál es el número de promedio de horas que trabajó en esta posición durante los últimos 9 meses? \_\_\_\_\_

¿Es este salario su único recurso de ingresos?  SI  NO

**Información sobre los niños**

Por favor anote el número de niños en cada categoría que asiste en su salón de clase o en su casa.

\_\_\_\_ Recién nacidos a 11 meses      \_\_\_\_ 2 años a 2 años 11 meses  
\_\_\_\_ 12 meses a 18 meses      \_\_\_\_ 3 años a 5 años  
\_\_\_\_ 19 meses a 23 meses      \_\_\_\_ 5 años a 6 años

¿De los niños que cuida, cuántos son parientes suyos? \_\_\_\_\_

De los niños que cuida, indique el número en cada categoría que su idioma primario sea el siguiente:

\_\_\_\_ Inglés      \_\_\_\_ Hmong      \_\_\_\_ Coreano      \_\_\_\_ Filipino/Tagalog  
\_\_\_\_ Español      \_\_\_\_ Cantonés      \_\_\_\_ Japonés      \_\_\_\_ Khmer (Cambodia)  
\_\_\_\_ Francés      \_\_\_\_ Mandarín      \_\_\_\_ Chino      \_\_\_\_ Armenio  
\_\_\_\_ Idioma a señas      \_\_\_\_ Amer. Nativo      \_\_\_\_ Vietnamí  
\_\_\_\_ Otro asiático (especifique) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Otro no asiático [Arabe, Farso, Ruso, Hebreo] (especifique): \_\_\_\_\_

El número de niños con los que trabaja que son incluidos en la siguiente lista especializada:

LEP (capacidad del inglés limitado) \_\_\_\_ Sin hogar \_\_\_\_ CPS \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Información de necesidades especiales y excepcionales**

¿De los niños bajo su cuidado menores de 5 años, cuántos tienen necesidades especiales?\* \_\_\_\_\_  
¿Cuántos tienen PIE o PSFI\*\*? \_\_\_\_\_

\*Con propósitos del programa CARES Primeros 5 California, niños con discapacidades u otras necesidades especiales son aquellos que: 1) son protegidos por la American with Disabilities Act (ADA); ó 2) tienen o están en riesgo de una condición crónica ya sea física, de desarrollo, de salud, del comportamiento o mental, y servicios y/o apoyo relacionado con el tipo o cantidad más allá de lo normalmente requerido.

\*\* **PIE: Plan Individual de Educación**  
**PSFI: Plan de Servicio Familiar Individualizado**

De estos niños, cuántos son/tienen:  
(indique el número en la línea)

Impedimento visual: \_\_\_\_ Sordo: \_\_\_\_  
Retardo mental: \_\_\_\_ Sordo/ciego: \_\_\_\_  
Dificultad de escuchar: \_\_\_\_ Ciego: \_\_\_\_  
Multi-incapacitado: \_\_\_\_ Autismo: \_\_\_\_  
Dificultad del habla: \_\_\_\_  
Ortopédico severo: \_\_\_\_  
Discapacidad del desarrollo: \_\_\_\_  
Trastorno emocional severo: \_\_\_\_  
Otra discapacidad de salud: \_\_\_\_  
Otro - en riesgo: \_\_\_\_\_

**SECCION 4:**

**INFORMACION DE PRIORIDAD**

¿Está la guardería o el CCIF para el cual trabaja localizado dentro de los límites de alguna escuela con bajo IFA anotada abajo?  SI, (indique la escuela)  NO  No Aplica

**Bajo Índice de Funcionamiento Académico**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adams Elem. -SB       | <input type="checkbox"/> Cleveland Elementary  | <input type="checkbox"/> Isla Vista Elementary * | <input type="checkbox"/> Oakley Elementary *  |
| <input type="checkbox"/> Adam Elem. -SM*       | <input type="checkbox"/> Cuyama Elementary *   | <input type="checkbox"/> La Cañada Elementary    | <input type="checkbox"/> Ontiveros Elementary |
| <input type="checkbox"/> Alvin Elementary *    | <input type="checkbox"/> El Camino Elementary  | <input type="checkbox"/> La Honda Elementary*    | <input type="checkbox"/> R. Bruce Elementary* |
| <input type="checkbox"/> Arellanes Elementary* | <input type="checkbox"/> Fairlawn Elementary * | <input type="checkbox"/> La Patera Elementary    | <input type="checkbox"/> Rice Elementary *    |
| <input type="checkbox"/> Battles Elementary    | <input type="checkbox"/> Fillmore Elementary*  | <input type="checkbox"/> Mary Buren Elemen.*     | <input type="checkbox"/> SB Char Elementary   |
| <input type="checkbox"/> Bonita Elementary *   | <input type="checkbox"/> Franklin Elementary*  | <input type="checkbox"/> McKinley Elementary*    | <input type="checkbox"/> Tunnel Elementary    |
| <input type="checkbox"/> Cesar Chavez Elem.    | <input type="checkbox"/> Hapgood Elementary *  | <input type="checkbox"/> Miller Elementary       |   |
| <input type="checkbox"/> Clarence Ruth Elem *  | <input type="checkbox"/> Harding Elementary    |  |   |

**\*IFA 1-3, basado en los datos del 2004**

**Preparación escolar**

¿Está la guardería o el CCIF para el cual trabaja localizado dentro de los límites de alguna escuela de preparación escolar anotada abajo?  SI (indique la escuela)  NO  No Aplica

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Alvin Elementary*     | <input type="radio"/> Cleveland Elementary | <input type="radio"/> Isla Vista Elementary* | <input type="radio"/> McKinley Elemen.*  |
| <input type="radio"/> Arellanas Elementary* | <input type="radio"/> Fairlawn Elementary* | <input type="radio"/> Mary Buren Elemen.*    | <input type="radio"/> Oakley Elementary* |
| <input type="radio"/> Battles Elementary*   | <input type="radio"/> Franklin Elementary* | <input type="radio"/> Ontiveros Elementary   |  |
| <input type="radio"/> Clarence Ruth Elem.*  | <input type="radio"/> Hapgood Elementary*  | <input type="radio"/> R. Bruce Elementary*   |  |

**Bajos recursos**

¿Está la guardería o el CCIF para el cual trabaja localizado dentro de algún código postal de bajos recursos anotado abajo?  SI (indique la zona postal)  NO  No Aplica

- |  |  |   |                                    |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 93434 Guadalupe  | <input type="radio"/> 93101 Santa Bárbara      | <input type="radio"/> 93454 Santa María | <input type="radio"/> 93436 Lompoc |
| <input type="radio"/> 93440 Los Alamos | <input type="radio"/> 93117 Goleta/ Isla Vista | <input type="radio"/> 93455 Santa María |                                    |
| <input type="radio"/> 93460 Santa Ynez | <input type="radio"/> 93427 Buellton           | <input type="radio"/> 93458 Santa María |                                    |

**CCIF solamente:** ¿Está usted solicitando para una beca de *Spruce-Up for Kids* del 2005-06?  SI  NO

**SECCION 5: EDUCACION**

Indique el nivel de educación más alto que usted haya obtenido:

**Información de títulos**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> No tuvo escuela                      | <input type="radio"/> BA en ECE/CD,                        |
| <input type="radio"/> Parte de la preparatoria - No GED    | <input type="radio"/> BA no en ECE/CD, especialidad: _____ |
| <input type="radio"/> Diploma de preparatoria o GED        | <input type="radio"/> Algunos cursos de títulos graduados  |
| <input type="radio"/> Algunos cursos colegiales            | <input type="radio"/> Títulos graduados en ECE/CD          |
| <input type="radio"/> AA en ECE/CD                         | <input type="radio"/> Títulos graduados no en ECE/CD       |
| <input type="radio"/> AA no en ECE/CD, especialidad: _____ | especialidad: _____  |

¿Si usted recibió un título de BA o más alto, lo recibió en un país extranjero?  
 SI  NO

¿Si usted recibió un título fuera de este país, han **examinado y traducido** sus transcripciones al inglés?  SI  NO  No Aplica

¿Recibió su título de AA o BA mientras estaba en el proyecto STAR?  SI  NO

¿Cuál título?  AA  BA Especialidad: \_\_\_\_\_

**Información de la credencial**

¿Tiene usted una credencial de maestro?  SI, de California  SI, fuera del estado  NO

Si tiene una **credencial de maestro de California**, ¿que tipo? (marque todos los que apliquen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Asignatura Singular                       | <input type="radio"/> Clinical/Rehabilitative Services |
| <input type="radio"/> Asignatura Múltiple                       | <input type="radio"/> School Nurse Services            |
| <input type="radio"/> Especialista de Educación (special needs) | <input type="radio"/> Library Media Services           |
| <input type="radio"/> Early Childhood Special Education         | <input type="radio"/> Otros Servicios Médicos          |
| <input type="radio"/> Reading Specialist                        | <input type="radio"/> Especialista Bilingüe            |
| <input type="radio"/> Administrativo                            | <input type="radio"/> Reading Certificate              |
| <input type="radio"/> Pupil Personnel Services                  | <input type="radio"/> Otro _____                       |

**Información de Unidades / Aprendizajes**

Antes de entrar al proyecto STAR este año 2005-06:

¿Cuántas unidades de ECE/CD ha terminado? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas de crecimiento profesional ha terminado? \_\_\_\_\_





**SECCION 7:  
W-9**

Se le requiere a todo solicitante que entregue el formulario W-9 junto con su solicitud STAR. El formulario W-9 viene incluido a esta solicitud junto con sus instrucciones.

**SECCION 8:  
CONSENTIMIENTO  
A PARTICIPAR**

**Consentimiento local de Primeros 5**

Por favor lea el "consentimiento a participar en la evaluación y autorización para compartir información confidencial de Primero 5 condado de Santa Bárbara." Por favor escriba su nombre, fecha y firme en la parte de abajo.

**Consentimiento estatal de Primeros 5**

Por favor lea el "consentimiento para participar en la evaluación de CARES de Primeros 5 California para el equipo de aprendizaje temprano." Marque la casilla apropiada, firme y ponga la fecha.

**SECCION 9:  
CERTIFICACION**

Certifico que satisfago todos los requisitos y que toda la información y documentación proveída en esta solicitud es verdadera y correcta. Certifico que no estoy involucrado/a en ningún juicio administrativo entablado por el Dept. de Servicios Sociales, división de Licencias de Cuidado Comunitario. Certifico que he pasado el libramiento de las huellas. Entiendo que la falsificación de cualquier información y/o documentación requeriría la entrega de todos el dinero del estipendio, con penalidades, a la oficina de educación y cuidado temprano. Entiendo que se me puede pedir mostrar más información o documentación para determinar mi elegibilidad.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

**SECCION 10:  
AUTORIZACION**

**Acuerdo del Participante**

- Entiendo que es mi responsabilidad de leer, entender y llenar esta solicitud con exactitud y de acatar con las reglas de las fechas de vencimiento.
- Entiendo que las asignaciones de los fondos no son suficientes, la cantidad del estipendio puede ser reducida o se impondrá una prioridad de fondos.
- Entiendo que debo llenar y entregar un formulario de evaluación para poder recibir mi estipendio.
- Entiendo que el propósito del proyecto STAR es de retener proveedores de cuidado infantil de alta calidad que continúen trabajando como proveedores durante el próximo año.
- Entiendo que la meta del proyecto STAR es animar el desarrollo profesional que guíe hacia la obtención de los permisos de desarrollo infantil, títulos de ECE y credenciales.
- Entiendo que no recibiré un estipendio si la solicitud está incompleta y/o carece de información.
- Entiendo que los premios pueden ser negados o retirados si alguna información reportada en esta solicitud se encuentra engañosa o imprecisa.
- Entiendo que debo avisar a la oficina de educación y cuidado temprano de algún cambio de dirección, número de teléfono o de empleo.
- Entiendo que se me puede pedir comprobante de estar empleado al momento del recibir el premio.
- Tengo intenciones de seguir trabajando para el mismo empleador hasta Junio del 2006.
- Entiendo que NO hay garantías que se me otorgue un premio. Los estipendios serán entregados según la disponibilidad de los fondos y de términos y condiciones del recaudador de fondos.
- Entiendo que se contactará a la oficina de CCL para verificar el estatus de mi "buena postura."
- Entiendo que todos los requisitos de participación anual deberán ser entregados antes de la entrega del premio.
- Entiendo que todas las clases mostradas al proyecto STAR deberán tener una C o mejor grado.
- CCIF: Entiendo que se me pudiera pedir llenar la verificación de inscripción del cliente si hubiese alguna pregunta acerca de mi estatus de la licencia, horario de trabajo, o número de niños que cuido.

**Make sure you go over all the items in this checklist before submitting the application.**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SOLICITANTES PRINCIPIANTES que no han llenado los requisitos de participación anual saltiense a la sección 12. Los demás solicitantes deberan llenar la sección 11 y 12.**

**Requisitos de participación anual del 2005-06**  
 Llene esta sección si usted regresa al proyecto o si es principiante que cumple con los requisitos de participación anual.

**SECCION 11:  
 REQUISITOS DE  
 PARTICIPACION  
 ANUAL**

¿Qué nivel de permiso de desarrollo infantil tiene actualmente?

No tengo un permiso,  
 (tengo menos de 6 unidades en ECE)

Solicité para el permiso  
 ¿Para qué nivel de permiso de desarrollo infantil solicitó?

- Asistente
- Maestro/a Asociado
- Maestro/a
- Maestro/a Erudito
- Supervisor/a
- Director/a de Programa

- Asistente
- Maestro/a Asociado
- Maestro/a
- Maestro/a Erudito
- Supervisor/a
- Director/a de Prog

Fecha que solicitó: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(Adhiera una copia de la carta de aceptación)**

**Información del permiso**

Otorgado el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Expira el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(Adhiera una copia del permiso)**

**El proyecto STAR aceptará sólo las credenciales/permisos que permitan enseñar en un salón de clase preescolar e incluye horas de crecimiento profesional o unidades como requisito para el renuevo. Los permisos deben ser válidos y estar al corriente.**

**Información de la actualización del permiso**

¿Desde su último estipendio, ha actualizado su permiso a un nivel más alto?  SI  NO

¿A qué nivel? \_\_\_\_\_

Fecha que solicitó: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha que expira: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Escala de promedio ambiental/ Plan de mejoramiento de calidad**

¿Ha tomado la especialización de 4 horas de como conducir el Harmes/Clifford ECERS/ ITERS/ FDCRS?  
 SI  NO

¿Ha conducido una evaluación de su salón de clase/hogar usando el Harmes/Clifford ECERS/ ITERS/ FDCRS?  
 SI  NO

¿Ha llenado un plan de mejoramiento de calidad basado en la auto-evaluación de la escala de promedio ambiental?  SI  NO **(Adhiera una copia del plan de mejoramiento de calidad)**

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**(adhiera una copia de la evaluación)**

Sub resultados - Ver la guía de la auto-evaluación de la escala de promedio de Harms/Clifford

**Resultados de la escala de promedio**

<b>ECERS</b>	<b>Score</b>	<b>ITERS</b>	<b>Score</b>	<b>FDCRS</b>	<b>Score</b>	<b>SACRS</b>	<b>Score</b>
Space & Furnishings		Space & Furnishings		Space & furnishing for Care & Learning		Space & Furnishings	
Personal Care Routines		Personal Care Routines		Basic Care		Health & Safety	

**PEE: Plan de educación estudiantil**

¿Se ha reunido con una consejera académica y han creado un plan de educación estudiantil?  
 SI  NO  N/A **(Si se aplica, adhiera una copia del plan de educación estudiantil)**

**PCP: Plan de crecimiento profesional**

¿Se ha reunido con una consejera de crecimiento profesional y han creado un PCP?  
 SI  NO  N/A **(si se aplica, agregue una copia del PCP)**  
**(si se aplica, agregue una copia de la confirmación del PCP)**

**Participantes de CIF- CCIP solamente: contrato del CCIP**

¿Se ha reunido con una especialista de recursos y referencias y creado un plan del CCIP nivel I ó II?  SI  NO  N/A **(si se aplica, agregue una copia del contrato del CCIP)**

**SECCION 11:  
REQUISITOS DE  
PARTICIPACION  
ANUAL  
(continúa)**

He tomado los siguientes CURSOS entre el otoño del 2004 hasta el otoño del 2005.  
(use la sección de abajo para anotar las unidades colegiales solamente)

Unidades de clases tomadas

Título del curso	Tipo del curso	Tipo de proveedor	Localidad	# de curso	Unidades	Grado	Semestre	Año

Información de la educación y el aprendizaje

Todas las clases usadas en el proyecto STAR deben tener una C o mejor grado de un colegio acreditado. Clases de ESL y GED pueden ser usadas para satisfacer los requisitos de educación anual.

Adhiera copias de las transcripciones

- Tipo de curso**
- A) General Education
  - B) Eng/Math pre-req
  - C) ECE
  - D) CD
  - E) ESL
  - F) Otros Relacionados

- Tipo de proveedor**
- A) R & R/ CBO/ LPC
  - B) Colegio comunitario
  - C) CSU / UC
  - D) UC Exten./ CSU
  - E) Local/ State First 5
  - F) Otra agencia estatal
  - G) Colegio privado
  - H) Sch. Dist./ COE
  - I) NAEYC, CAEYC
  - J) Otro

- Localidad**
- A) R & R/ CBO/ LPC
  - B) Colegio comunitario
  - C) CSU/ UC
  - D) UC Exten./ CSU
  - E) Local/State First 5
  - F) Otra agencia estatal
  - G) Colegio privado
  - H) Sch. Dist./ COE
  - I) NAEYC, CAEYC
  - J) Distance Learning
  - K) Otro

He terminado los siguientes APRENDIZAJES entre Sep. 1°, 2004 y Dic. 31, 2005.  
(use la sección de abajo para anotar horas de aprendizaje/entrenamientos solamente)

Horas de aprendizaje

Título del aprendizaje	Tipo de C.P.	Nombre de la agencia	Horas	Fecha tomada

- Tipo de crecimiento profesional**
- A) Disabilities/Special Needs
  - B) Diversidad
  - C) Literatura
  - D) Devel. & Caregiving
  - E) Curriculum
  - F) Assessment
  - G) Acreditación
  - H) CDE (guidelines/standards)
  - I) Nutrition & Health
  - J) Child & Fam. Safety
  - K) Fam/Commun. Partnerships
  - L) Administración
  - M) Otros

Adhiera una copia del certificado o la verificación de horas.

## Lista de Documentos a Entregar

<b>Guarderías Públicas</b>	
<b>Solicitud general</b>	<b>Requisitos de participación anual</b>
<input type="radio"/> Solicitud totalmente llena <input type="radio"/> Copia del seguro social <input type="radio"/> Copia del talón de cheque <input type="radio"/> Página de verificación de centros <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Empleo</li> <li><input type="checkbox"/> Empleo y salario</li> <li><input type="checkbox"/> Retención, si se aplica</li> <li><input type="checkbox"/> Segundo idioma, si se aplica</li> <li><input type="checkbox"/> AB 212, si se aplica</li> </ul> <input type="radio"/> W-9 <input type="radio"/> Consentimiento local y de Primeros 5 <input type="radio"/> Firmas de certificación <input type="radio"/> Firma del acuerdo de participación	<input type="radio"/> Copia del permiso o carta del CDTC <input type="radio"/> Plan de mejoramiento de calidad <input type="radio"/> Auto-evaluación de promedio ambiental <input type="radio"/> Plan educativo estudiantil, si se aplica <input type="radio"/> Plan de crecimiento Prof., si se aplica <input type="radio"/> Confirmación de la PGA, si se aplica <input type="radio"/> Copia de las transcripciones oficiales <input type="radio"/> Certificado de asistencia, o la verificación de horas

<b>Propietaria/Operante de Centro de Cuidado Infantil Familiar</b>	
<b>Solicitud general</b>	<b>Requisitos de participación anual</b>
<input type="radio"/> Solicitud totalmente llena <input type="radio"/> Copia del seguro social <input type="radio"/> Copia del <i>Schedule C</i> <input type="radio"/> Página de verificación de CCIF <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Copia de la licencia</li> <li><input type="checkbox"/> Carta de referencia de R. y R.</li> <li><input type="checkbox"/> Retención, si se aplica</li> <li><input type="checkbox"/> Segundo idioma, si se aplica</li> </ul> <input type="radio"/> W-9 <input type="radio"/> Consentimiento local y de Primeros 5 <input type="radio"/> Firmas de certificación <input type="radio"/> Firma del acuerdo de participación	<input type="radio"/> Copia del permiso o carta del CDTC <input type="radio"/> Plan de mejoramiento de calidad <input type="radio"/> Auto-evaluación de promedio ambiental <input type="radio"/> Plan educativo estudiantil, si se aplica <input type="radio"/> Plan de crecimiento Prof., si se aplica <input type="radio"/> Contrato del CCIP, si se aplica <input type="radio"/> Confirmación de la PGA, si se aplica <input type="radio"/> Copia de las transcripciones oficiales <input type="radio"/> Certificado de asistencia, o la verificación de horas

<b>Empleado/a de Centro de Cuidado Infantil Familiar</b>	
<b>Solicitud general</b>	<b>Requisitos de participación anual</b>
<input type="radio"/> Solicitud totalmente llena <input type="radio"/> Copia del seguro social <input type="radio"/> Copia del talón de cheque <input type="radio"/> Página de verificación de CCIF <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Empleo</li> <li><input type="checkbox"/> Empleo y salario</li> <li><input type="checkbox"/> Retención, si se aplica</li> <li><input type="checkbox"/> Segundo idioma, si se aplica</li> </ul> <input type="radio"/> W-9 <input type="radio"/> Consentimiento local y de Primeros 5 <input type="radio"/> Firmas de certificación <input type="radio"/> Firmas del acuerdo de participación	<input type="radio"/> Copy of Permit or CDTC letter <input type="radio"/> Plan de mejoramiento de calidad <input type="radio"/> Auto-evaluación de promedio ambiental <input type="radio"/> Plan educativo estudiantil, si se aplica <input type="radio"/> Plan de crecimiento Prof., si se aplica <input type="radio"/> Confirmación de la PGA, si se aplica <input type="radio"/> Copia de las transcripciones oficiales <input type="radio"/> Certificado de asistencia, o la verificación de horas