

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

Indicaciones

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

Una beca de aprendizaje en la primera infancia - Pathway II 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. Un programa es elegible para recibir fondos de - Pathway II si tiene una calificación de cuatro estrellas de 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](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 de Pathway I y Pathway II al mismo tiempo.

¿Dónde puede usar mi hijo una beca?

Las becas de aprendizaje en la primera infancia - Pathway II son otorgadas a las familias por un programa elegible con una calificación de cuatro estrellas de Parent Aware. Los programas de la primera infancia Pathway II reciben fondos para becas del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de Minnesota (DCYF). Estos programas utilizan sus fondos para conceder becas a las familias cuyos hijos asisten al programa Pathway II. Las becas se deben utilizar en el programa Pathway II que las concede. La financiación permanecerá en el programa para ayudar a otros niños en caso de que su hijo abandone el programa.

¿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 tiene un ingreso del hogar menor o igual al 85 % del ingreso promedio del estado (SMI) o recibe ayuda de un programa aprobado con financiación estatal o federal.

Consulte las pautas de elegibilidad de ingresos en la página 13.

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 para la opción 2 (prueba de ingresos).
 - Si se solicita en la categoría de elegibilidad del padre/madre menor de 21 años, el solicitante debe proporcionar una prueba escrita de que el padre/madre 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 Tennesen.
4. Firme y feche la solicitud con tinta azul/negra o con firma electrónica.
5. Envíe su solicitud original al programa Pathway II siguiendo las instrucciones que figuran al final de la Lista de verificación de la solicitud en la página siguiente.

El estado de Minnesota creó este formulario, y no se debe alterar ni modificar de ninguna manera.

El estado de Minnesota proporciona la financiación 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 Tennessean**.
- 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 además 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 programa Pathway II 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 programa Pathway II. No envíe esta solicitud al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF).

Los programas Pathway II deben proporcionar su dirección postal e información de contacto a continuación.

Nombre del programa Pathway II: _____

Nombre del contacto de Pathway II: _____ Correo electrónico del contacto de Pathway II: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

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.

Información del padre/madre/tutor legal

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

Nota: Si algún niño está bajo cuidado de acogida, omita esta sección y rellene la sección "Información de cuidado acogida".

*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 programa o administrador? *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 becas 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 programa o administrador? *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 becas 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 programa o administrador? *Pueden aplicarse tarifas por mensajes o datos.* ☐ Sí ☐ No

Parentesco con el niño o los niños: _____

Si no presenta una solicitud para un niño en servicios de protección o en cuidado de acogida, omita esta página.

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: _____

Información sobre el cuidado de acogida

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

Al completar esta sección, usted se designa a sí mismo como el punto de contacto para el programa Pathway II si hay necesidad de discutir la información en este formulario. El trabajador de la agencia de servicios sociales del condado o de la tribu debe notificar al programa Pathway II de cualquier cambio que pueda afectar la beca del niño.

Al final de la solicitud, el trabajador de la agencia de servicios sociales del condado o de la tribu debe firmar como padre/madre/tutor.

Agencia de servicios sociales del condado o de la tribu: _____

Dirección de la agencia de servicios sociales del condado o de la tribu: _____

Nombre del trabajador: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Residencia del niño

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

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

Distrito escolar de residencia del niño, según la dirección del hogar del que fue retirado:

Contacto del padre/madre de cuidado de acogida

Nombre del padre/madre de cuidado de acogida: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

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	Apellido del niño	Edad del niño

¿Qué idioma habla más su familia en casa?

☐ 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: _____ |

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

☐ Menos que educación secundaria ☐ Educación secundaria o GED ☐ Estudios universitarios parciales o sin título ☐ Título universitario

¿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

¿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: _____ | |

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/](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 (MM/DD/AAAA): _____

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) | |

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 [MEC] 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)? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación del FRPM, como una carta de autorización, una solicitud aprobada con la firma del programa o documentación del sistema oficial de registro del programa.</i>	
2. ¿Participa actualmente en el Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP)? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación del CCAP, como la carta de notificación de decisión.</i>	
3. ¿Su hijo está inscrito en un programa Head Start? <i>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.</i>	
4. ¿Participa actualmente en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación del SNAP, como una carta o declaración de estado de su condado, u otra documentación del condado. Una copia de su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) no es documentación aceptable.</i>	
5. ¿Participa actualmente en el Programa de Inversión Familiar de Minnesota (MFIP)? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación del MFIP, como una carta o declaración de estado de su condado, u otra documentación del condado.</i>	
6. ¿Participa actualmente en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)? <i>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.</i>	
7. ¿Participa actualmente en un Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas? <i>Si la respuesta es sí, adjunte documentación del Programa de Distribución de Alimentos, como una carta de autorización o una declaración de situación.</i>	

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 6)
- 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: 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.																					

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 II*.

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

no recibimos ingresos a fecha de hoy, (MM/DD/AAAA) _____.
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 programa Pathway II cuando mi hijo deje de asistir al programa en el que usamos la beca.
- Notificaré al programa Pathway II si me mudo o cambian mis datos de contacto.
- Se espera una asistencia regular y constante. Las becas de aprendizaje en la primera infancia no pueden pagar 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 la beca o 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 y la información conservada por el programa.
- El administrador de la beca o 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 Niños, Jóvenes y Familias de Minnesota (DCYF) 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 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 becas o 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 la misma; el programa en el que utilizo la beca; el número de SSID de mi hijo; y si cumplí 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 becas o área a ponerse en contacto con la oficina del distrito escolar del niño para verificar el lugar y la fecha del examen.

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 Tennesen 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 de la solicitud del programa de becas de aprendizaje en la primera infancia - Pathway II, 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 Departamento de Niños, Jóvenes y Familias 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, excepto con el DCYF. 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.

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 becas o 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.

Firma del padre/madre/tutor:

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

1. Confirmando 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. Confirmando que he leído y que comprendo la Advertencia Tennessean.

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 completa y la documentación de elegibilidad a su programa Pathway II.

Firma del representante del programa/Fecha de verificación de la adjudicación

Reconozco que la información requerida en esta *Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia - Pathway II* fue revisada y aprobada como verdadera con el fin de otorgar una beca Pathway II dentro de nuestro programa. También reconozco que discutimos las opciones y beneficios de la beca de aprendizaje en la primera infancia con la familia y que aceptaron la beca Pathway II de nuestro programa.

*Nombre del representante del programa: _____
Nombre Apellido

*Firma: _____ *Fecha: _____
Fecha de verificación de la adjudicación (MM/DD/AAAA)

*Nombre del programa Pathway II: _____

*Nombre del lugar (si corresponde): _____

*Fecha de inicio de la adjudicación del niño 1: _____ *Importe de la adjudicación del niño 1: _____

Fecha de inicio de la adjudicación del niño 2: _____ Importe de la adjudicación del niño 2: _____

Fecha de inicio de la adjudicación del niño 3: _____ Importe de la adjudicación del niño 3: _____

Si presenta una solicitud para más de un niño, enumérellos aquí y adjunte esta página a su *Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia - Pathway II*. No vuelva a ingresar los datos del niño uno que figura en la página 1 de la solicitud. 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: _____

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: _____

Pautas de elegibilidad de ingresos: vigente desde octubre de 2025 hasta octubre de 2026

Para ser elegible para una beca de aprendizaje en la primera infancia, el ingreso bruto anual de su hogar debe ser menor o igual al 85 % del ingreso promedio del estado (SMI), como se indica en la tabla. Esta tabla se basa en el ingreso promedio del estado y es válida para las adjudicaciones desde el 13 de octubre de 2025 hasta octubre de 2026. La tabla se actualizará en octubre de 2026.

Las familias con ingresos brutos anuales menores o iguales al 47 % del ingreso promedio del estado (SMI), como se muestra en la tabla, o con documentación de asistencia de un programa aprobado financiado con fondos estatales o federales, recibirán prioridad sobre las familias con ingresos superiores al 47 % y menores o iguales al 85 % del ingreso promedio del estado (SMI).

Tamaño de la familia	Ingresos anuales para ser elegible (85 % del ingreso promedio del estado)	Ingresos anuales para recibir prioridad (47 % del ingreso promedio del estado)
2	\$83,231	\$46,022
3	\$102,814	\$56,850
4	\$122,398	\$67,679
5	\$141,982	\$78,508
6	\$161,565	\$89,336
7	\$165,237	\$91,367
8	\$168,909	\$93,397
9	\$172,581	\$95,427
10	\$176,253	\$97,458
11	\$179,925	\$99,488
12	\$183,597	\$101,519
13	\$187,269	\$103,549