

Formulario de renovación de la 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.

¿Qué es una renovación?

Se requiere un formulario de renovación completo para seguir recibiendo una beca de aprendizaje en la primera infancia. Se debe rellenar y enviar a su programa Pathway II antes del vencimiento de la beca de su hijo. Si no completa este formulario antes del 30 de junio, la beca de su hijo se cancelará.

¿Cómo envió el formulario de renovación?

1. Rellene el formulario de renovación con tinta azul/negra o de forma electrónica. La información obligatoria está marcada con un asterisco (*).
2. Firme y feche la solicitud con tinta azul/negra o de forma electrónica.
3. Envíe el formulario de renovación a su programa Pathway II.
4. Si tiene preguntas, póngase en contacto con su programa Pathway II.

Envíe el formulario de renovación a su programa de 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: _____

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](#).

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Nombre del programa: _____

Año fiscal de la solicitud: _____

Formulario de renovación de la beca de aprendizaje en la primera infancia - Pathway II

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.

Información del niño

Proporcione la información de todos los niños que quiere que se consideren para una beca. 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.

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

Ubicación: _____ Fecha: _____

Niños adicionales

¿Está presentando una solicitud para más de un niño? ☐ Sí ☐ No

Si presenta una solicitud para más de un niño, utilice la página adicional que figura al final del formulario de renovación.

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 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 dos padres/tutores legales en el hogar, el segundo padre/madre debe figurar en la lista. Al incluir a esta persona en la lista, usted da su consentimiento para que el programa - Pathway II 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 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 programa - Pathway II 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: _____

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: _____

Información familiar

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/>

¿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: _____ |

¿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) | |

¿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 |

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 el Cuidado de Niños y Adultos. 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 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 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 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, 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 Tennessee.

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 formulario de renovación completo a su programa Pathway II.

Firma del representante del programa

Reconozco que la información requerida en este *Formulario de renovación de la 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 (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 *Formulario de renovación 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: _____