



Cultive su crecimiento profesional Únase al Registro SEED de Alaska

Renovación

Nueva Solicitud

(*) Indica áreas requeridas para que su solicitud este completa

Favor de escribir claro y con tinta

Información Personal:

*Nombre _____ * Inicial _____ *Apellido _____ *Nombre Previo _____

*Fecha de Nacimiento ____/____/____ * Últimos 5 dígitos de su # de Seguro Social ____ - ____ - ____ - ____ *Sexo M F

*Dirección Postal _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Zona Postal _____

*# de Tel. Residencial _____ # de Tel. Celular _____ # Tel. del Trabajo _____

*Dirección Electrónica _____ *Región: Sur-centro Norte Sureste

Información Confidencial:

La siguiente información se mantendrá de manera confidencial y es únicamente con el propósito de recolección de datos y estadística. Esta información permitirá servir mejor al campo de la educación temprana.

Raza/Etnia

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Bi-racial o Multi-racial |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Hawaiano o Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Lenguaje (seleccione todas las que apliquen)

- | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atapasco | <input type="checkbox"/> Aleutiano | <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Americano | <input type="checkbox"/> Aluutiq | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Cup'ik | | |
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Eyak | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Haida | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Inupiaq | <input type="checkbox"/> Japonés | |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Lao | <input type="checkbox"/> Mien | <input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Tagalo | <input type="checkbox"/> Tlingit | <input type="checkbox"/> Tsimshian |
| <input type="checkbox"/> Vietnamés | <input type="checkbox"/> Yup'ik | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | | |

Estatus Civil

- Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviendo Declino contestar

¿Está usted proveyendo la única fuente de ingreso? Si No

Número de Niños Pre-adolescentes _____ Niños Adolescentes _____

Número de años trabajados en el campo de la Infancia Temprana: _____ Años

Asociaciones de Infancia Temprana a las cuales está afiliado

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asociación Nacional de Cuidado Infantil en el Hogar (FCC) | <input type="checkbox"/> Montessori | <input type="radio"/> Asociación Head Start |
| <input type="checkbox"/> Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC) | <input type="checkbox"/> Asociación Nacional para la Educación (NEA) | |
| <input type="checkbox"/> Asociación Nacional de Administración Reguladora (NARA) | <input type="checkbox"/> Asociación de Cuidado Infantil en el Hogar de Alaska (AFCCA) | |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | | |

Historial de Empleo: Actual y Previo

Complete las secciones de empleo actual y previo que apliquen. Incluya únicamente el historial de empleo que esté directamente relacionado al campo de la infancia temprana. Favor de no enviar su resumé.



Empleo Actual

* Tipo de Relación

- Empleado Contratista Dueño Voluntario Desempleado Declino contestar

* Estatus de Empleo

- Empleo a tiempo Completo Empleo a tiempo parcial Empleo Ad hoc Empleo Temporero Declino contestar

* Salario actual por hora \$ _____/hora o Desconoce /Declino contestar

Horas trabajadas por semana _____/semana Meses trabajados por año _____/año

Favor de seleccionar todos los beneficios que recibe en su empleo actual

- Visión Dental Pagos de días por enfermedad Pago por vacaciones Pago de días por asuntos personales
 Pago por días feriados Liquidación al finalizar empleo Pago por clases/ entrenamientos Plan de Retiro
 Otras cuotas/ honorarios Otra Asistencia financiera _____

Tipo de Programa

Favor de completar la sección que mejor describa su empleo actual—Cuidado Directo o Administrativo, Consultoría, Social, o Agencia Especializada.

Cuidado Directo— Programa/Escuela Educación Temprana

* Programa o Nombre de la Escuela _____ *Ciudad _____

* Fecha que comenzó empleo ___/___/___

- Distrito Escolar Head Start/Early Head Start Tribal Religioso Lucrativo Sin fines de lucro
 Hospital Centro de Cuidado Infantil Hogar o Grupo de Cuidado Colegio Comunitario

* Posición/Título

- Maestro Líder Proveedor de Cuidado Infantil en el Hogar o en Grupo
 Maestro Ayudante Asistente de Administrador/Director
 Administrador/Director Otro personal no docente (conductor de autobús escolar, cocinero, recepcionista)
 Aprendiz Maestro de Escuela Elemental
 Otro _____

* Título Actual _____

Administrativo, Consultoría, Social, o Agencia Especializada

* Nombre del patrono _____ * Fecha que comenzó empleo ___/___/___

- Agencia Gubernamental (i.e. Licencia) Agencia de Recursos y Referidos de Cuidado Infantil
 Facultad Universitaria Asistencia Financiera para Cuidado de Niños
 Parte C Programa de Subvención para la Infancia Temprana Otro _____

* Posición/Título

- Visitador de Hogar Terapeuta Ocupacional Patólogo del Habla y del Lenguaje
 Asistente en Desarrollo Infantil Especialista en Desarrollo Infantil Patólogo del Habla
 Asociado en Desarrollo Infantil Especialista de la Visión Especialista de la Audición
 Terapeuta Físico Coordinador Servicio a la Familia

Empleos Previos

El Registro puede mantener un historial de trabajo detallado y extenso. Favor de fotocopiar esta forma para documentar cualquier empleo previo adicional en el campo del cuidado y la educación temprana.

* Tipo de Relación

- Empleado Contratista Dueño Voluntario Desempleado Declino contestar

* Estatus de Empleo

- Empleo a tiempo Completo Empleo a tiempo parcial Empleo Ad hoc Empleo Temporero Declino contestar

*Salario anterior por hora \$ _____/hora o Desconoce/ Declino contestar

* Razón por la cual terminó el empleo

- Promoción Ascenso Descenso Separación voluntaria Separación involuntaria
 Reducción de fuerza laboral Retiro Otra _____

Tipo de Programa

Favor de completar la sección que mejor describe sus empleos previos – Cuidado Directo o Administrativo, Consultoria, Social, o Agencia Especializada

Cuidado Directo – Programa/Escuela Educación Temprana

* Nombre de Programa o Escuela _____ *Ciudad _____

* Fecha que comenzó empleo ___/___/___ Fecha que terminó empleo * ___/___/___

- Distrito Escolar Head Start/Early Head Start Tribal Religioso Lucrativo Sin fines de lucro
 Hospital Centro de Cuidado Infantil Hogar o Grupo de Cuidado Colegio Comunitario

* Posición/Título

- Maestro Líder Proveedor de Cuidado Infantil en el Hogar o en Grupo
 Maestro Ayudante Asistente Administrador/Director
 Administrador/Director Otro Personal no Docente (conductor de autobús escolar, cocinero, recepcionista)
 Aprendiz Maestro de Elemental
 Otro _____

* Título Actual _____

Administrativo, Consultoria, Social, o Agencia Especializada

* Nombre del patrono _____

* Fecha que comenzó empleo ___/___/___ * Fecha que terminó empleo ___/___/___

- Agencia Gubernamental (i.e. Licencia) Agencia de Recursos y Referidos de Cuidado Infantil
 Facultad Universitaria Asistencia Financiera para Cuidado de Niños
 Parte C Programa de Subvención para La Infancia Temprana Otro _____

* Posición/Título

- Visitador de Hogar Terapeuta Ocupacional Patólogo del Habla y del Lenguaje
 Asistente en Desarrollo Infantil Especialista en Desarrollo Infantil
 Asociado en Desarrollo Infantil Especialista de la Visión
 Terapeuta Físico Coordinador Servicio Familia
 Patólogo del Habla

La investigación muestra que los proveedores de cuidado infantil y maestros calificados y bien remunerados son la piedra angular de los programas de la infancia temprana de alta calidad.

— National Governors Association, Building an Early Childhood Professional Development System, 2010



Historial de Educación y Entrenamiento:

*Llene toda la información concerniente a su educación. Debe enviar junto a su solicitud los documentos que verifiquen su educación y/o entrenamiento. Se aceptan transcripciones de crédito no oficiales que muestren créditos en Desarrollo/ Educación Temprana y créditos relacionados, títulos relacionados, así como copias de certificados también son aceptados.

Educación y/o entrenamiento no aplica en este momento

Diploma Escuela Superior o GED Otorgado ___/___/___

Hogar de Cuidado Infantil Centro Bilingüe Preescolar Infante/Párvulo
Otorgado ___/___/___ Expira/Expiró ___/___/___

Grado Asociado en _____ Otorgado ___/___/___

Bachillerato en _____ Otorgado ___/___/___

Maestría en _____ Otorgado ___/___/___

Doctorado en _____ Otorgado ___/___/___

Otros Certificados/Credenciales/Endosos _____ Otorgado ___/___/___

Licencias Ocupacionales _____ Estado de Expedición _____ Fecha de Expedición ___/___/___ Fecha de Expiración ___/___/___

Certificado de Educación (i.e. A, C, E, I) Estado de Expedición _____ Fecha de Expedición ___/___/___ Fecha de Expiración ___/___/___

Antes de someter su solicitud favor de verificar:

- Las (*) áreas requeridas han sido completadas y usted a firmado la Declaración de Acuerdo de esta página.
- Usted ha incluido toda la documentación que prueba su educación y/o entrenamiento, de ser pertinente.

*Declaración de Acuerdo

Certifico que la información contenida en esta solicitud está completa y precisa a mi mejor conocimiento. Entiendo que la información será entrada en el banco de datos del Registro de Sistema para el Desarrollo y la Educación Temprana (SEED) de Alaska. Entiendo que el Registro SEED es una entidad pública y protegerá la confidencialidad de la información personal provista hasta el punto permitido bajo la ley estatal y federal.

*Firma del Solicitante

___/___/___
* Fecha

Favor de someter su solicitud al Coordinador de l Registro SEED de Alaska a través de:

Dirección Postal: 3350 Commercial Dr., Suite 203, Anchorage, AK 99501

Fax: 907.265.3195 Fax número libre de costos: 855.265.3195

Dirección Electrónica: info@seedalaska.org

¿Preguntas? Anchorage: 907.265.3194 Línea libre de costos: 855.265.7333

Visite la página de Internet de SEED: www.seedalaska.org

Gracias por unirse al Registro SEED de Alaska