



## Cultive su crecimiento profesional

### Únase al Registro SEED de Alaska

Renovación  Nueva Solicitud

Favor de escribir claro y con tinta

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

#### Información Personal:

\*Nombre de pila: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_ \*Nombre Previo: \_\_\_\_\_  
 \*Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \*Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_  
 \*Dirección Postal: \_\_\_\_\_ \*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_ \*Zona Postal: \_\_\_\_\_  
 \*# de Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ # de Tel. Celular: \_\_\_\_\_ # Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ optar por mensajes de texto?  Si  No  
 \*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.

\*Género:  Masculino  Femenina  No binario  Sin género  negarse a responder  
 Raza/Etnia:  Indio Americano  Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afro-Americano  
 Caucásico  Hispano o Latino  Hawaiano o Islas del Pacífico  Bi-racial o Multi-racial  
 Otro \_\_\_\_\_  Negarse a responder  
 Si no es hispano o latino, eres:  Mexicano/mexicano americano/chicano  Puertorriqueño  Cubano  
 Other \_\_\_\_\_  Negarse a responder

Lenguaje (seleccione todas las que apliquen):

Aleutiano  Alutiq/Sugpiaq  American Sign Language  Árabe  Armenio  Atabasco  
 Birmano  Camboyano  Chino  Cu'pik  Holandés  Inglés  Eyac  Farsi  
 Filipino  Francés  Alemán  Griego  Haida  Hebreo  Hindi  Hmong  
 Húngaro  Inupiaq  Italiano  Japonés  Coreano  Laosiano  Semblante  Noruego  
 Persa  Polaco  Portugués  Ruso  Samoano  Español  Somalí  Swahili  
 Sueco  Tagalo  Tamil  Telugu  Tailandés  Tlingit  Tsimshian  Unangan  
 Urdu  Vietnamita  Yídish  Yupik  Otro \_\_\_\_\_

Estatus Civil:  Soltero  Conviviendo  Casado  Apartado  Divorciad  Viudo  Declino contestar

Tamaño de la familia: \_\_\_\_ Numero de adultos: \_\_\_\_ Número de hijos/dependientes: \_\_\_\_

Ingreso anual del hogar: \_\_\_\_\_ ¿Está proporcionando la única fuente de ingresos?  Si  No

Número total de años trabajados en el ámbito de la primera infancia/edad escolar: \_\_\_\_\_

Número total de años en funciones administrativas, si corresponde: \_\_\_\_\_

Asociaciones de Primera Infancia a las que está afiliado (marque todas las que correspondan):

- Asociación Head Start
- Montessori
- Asociación Nacional Después de la Escuela (NASA)
- Asociación Nacional de Cuidado Infantil Familiar (FCC)
- Asociación de Cuidado Infantil Familiar de Alaska (AFCCA)
- Asociación Nacional para la Educación de los Niños Pequeños (NAEYC)
- Asociación Nacional de Educación (NEA)
- Asociación Nacional de Administración Reguladora (NARA)
- Otro \_\_\_\_\_



## 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

\*Salario actual por hora \$ \_\_\_\_\_/hora o  Desconocido/No responder

#### Tipo de programa

Complete la sección a continuación que mejor describa su empleo actual: atención directa O agencia administrativa, de consultoría, social o especializada.

#### Atención directa: programa de educación infantil temprana/cuidado infantil autorizado para niños en edad escolar (SACC)

\*Nombre del programa o escuela: \_\_\_\_\_ \*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Fecha de inicio del empleo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Distrito escolar
- Head Start/Early Head Start
- Tribal
- Religioso
- Con fines de lucro
- Sin fines de lucro
- Hospital
- Guardería
- Hogar familiar o grupal
- Colegio comunitario
- Cuidado de niños en edad escolar con licencia (SACC)

#### \*Título del Puesto

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

\*Título Actual \_\_\_\_\_

#### Administrativo, Consultoría, Social, o Agencia Especializada

\*Nombre del patrono \_\_\_\_\_ \*Fecha que comenzó empleo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

#### \*Posición/Título

- Visitador de Hogar
- Asistente en Desarrollo Infantil
- Especialista de la Visión
- Coordinador Servicio a la Familia
- Entrenador de Primera Infancia
- Terapeuta Ocupacional
- Especialista en Desarrollo Infantil
- Especialista de la Audición
- Trabajador social
- Patólogo del Habla y del Lenguaje
- Asociado de Desarrollo
- Terapeuta Físico
- Consultor de salud mental infantil/temprana

## 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.

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

### Tipo de Programa

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

### Atención directa: programa de educación infantil temprana/cuidado infantil autorizado para niños en edad escolar (SACC)

\*Nombre de Programa o Escuela: \_\_\_\_\_ \*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Fecha que comenzó empleo \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Distrito Escolar         | <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start | <input type="checkbox"/> Tribal   | <input type="checkbox"/> Religioso                  |
| <input type="checkbox"/> For-profit               | <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro          | <input type="checkbox"/> Hospital   | <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado Infantil |
| <input type="checkbox"/> Hogar o Grupo de Cuidado | <input type="checkbox"/> Colegio Comunitario         | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños en edad escolar con licencia (SACC) |   |

### \*Posición/Título

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

\*Título Actual \_\_\_\_\_

### Administrativo, Consultoria, Social, o Agencia Especializada

\*Nombre del patrono \_\_\_\_\_ \*Fecha que comenzó empleo \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agencia Gubernamental (i.e. Licencia)  | <input type="checkbox"/> Agencia de Recursos y Referidos de Cuidado Infantil |
| <input type="checkbox"/> Facultad Universitaria   | <input type="checkbox"/> Asistencia Financiera para Cuidado de Niños         |
| <input type="checkbox"/> Parte C Programa de Subvención para La Infancia Temprana <input type="checkbox"/> Otro _____ |  |

### \*Posición/Título

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Visitador de Hogar               | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional               | <input type="checkbox"/> Patólogo del Habla y del Lenguaje           |
| <input type="checkbox"/> Asistente en Desarrollo Infantil | <input type="checkbox"/> Especialista en Desarrollo Infantil | <input type="checkbox"/> Asociado en Desarrollo Infantil             |
| <input type="checkbox"/> Especialista de la Visión        | <input type="checkbox"/> Especialista en audición            | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico                            |
| <input type="checkbox"/> Coordinador Servicio Familia     | <input type="checkbox"/> Trabajador social                   | <input type="checkbox"/> Consultor de salud mental infantil/temprana |
| <input type="checkbox"/> Entrenador de Primera Infancia   |  |  |

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.



## 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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_
- CDA – Tipo:  Hogar de Cuidado Infantil  Centro  Bilingüe  Preescolar  Infante/Párvulo  
 Cuidado de niños en edad escolar con licencia  Inscrito en el programa vocacional HS  
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 del Registro SEED de Alaska a través de:

**Dirección Postal:** 111 W 16th Ave, Suite 205  
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