



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 ___/___/___

- | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Distrito escolar | <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start | <input type="checkbox"/> Tribal | <input type="checkbox"/> Religioso |
| <input type="checkbox"/> Con fines de lucro | <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Guardería |
| <input type="checkbox"/> Hogar familiar o grupal | <input type="checkbox"/> Colegio comunitario | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños en edad escolar con licencia (SACC) | |

*Título del Puesto

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

*Título Actual _____

Administrativo, Consultoría, 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 de Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Especialista de la Visión | <input type="checkbox"/> Especialista de la Audición | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico |
| <input type="checkbox"/> Coordinador Servicio a la Familia | <input type="checkbox"/> Trabajador social | <input type="checkbox"/> Consultor de salud mental infantil/temprana |
| <input type="checkbox"/> Entrenador de Primera Infancia | | |

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, Consultoría, 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, Consultoría, 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