

**Primeros 5 California Programa CARES Plus  
Autorización del Director/Dueño del Centro para  
My Teaching Partner™ (Mi Compañero en la Enseñanza) (MTP™)**

Como director/dueño de \_\_\_\_\_,  
nombre del centro de educación infantil temprana

comprendo que mi empleado, \_\_\_\_\_, está participando en el CARES  
nombre del empleado que participa en CARES Plus

Plus de Primeros 5 California, un programa de desarrollo profesional que enfoco en mejorar la interacción de maestros con los niños usando el sistema de evaluación (Classroom Assessment Scoring System® [CLASS®]).

Comprendo que mi empleado ha mostrado interés en participar en el Programa My Teaching Partner (MTP) de CARES Plus. MTP es designado para maestros trabajando directamente y consistentemente con el mismo grupo de niños, *MTP* es designado para fortalecer las interacciones entre maestro/niño. Para participar, mi empleado será requerido grabar unos videos de dos horas de actividades en el salón de clase, una grabación a principios de otoño y otra a finales de la primavera. Todo el equipo necesario incluyendo la cámara, las tarjetas SD y el costo de correos para devolver el equipo será proveído a mi empleado.

Comprendo que los resultados de las observaciones de CLASS se utilizarán solamente en la evaluación que Primeros 5 California realiza del Programa CARES Plus. Comprendo que existen medidas confidenciales de seguridad para prevenir el acceso o uso no autorizado de los datos obtenidos durante la observación grabada en video.

Comprendo que mi empleado recibirá una copia del formulario **Aviso de Grabación en Video** y soportare a que mi empleado cuelgue dicho formulario en el salón para informar a los padres en nuestro programa acerca de este proceso.

Además de las observaciones grabadas en el otoño y la primavera, comprendo que mi empleado será requerido grabar en video aproximadas 30 minutos de actividades en el salón de clase cada dos semanas. El video será enviada al instructor del programa MTP asignado y servirá como la base de la instrucción de apoyo que mi empleado recibirá a través del Programa de Instrucción Estatal.

Además comprendo que mi autorización para permitir las observaciones en mi centro es un requisito para que mi empleado pueda participar en el Programa MTP de CARE Plus.

Firma del Director/Dueño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección del centro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*Este formulario será completado por todos los directores/dueños (de centros) de los solicitantes de CARES Plus Componente D, MTP al tiempo de aplicar.*