



**Enfoques Comprensivos en el Programa  
Raising Educational Standards (CARES Plus) –  
Elevación de los Estándares Educativos  
2a Ronda**

**SOLICITUD Y CERTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE**

---

**Programa CARES Plus de Primeros 5 California  
Certificación de Participante de Cumplimiento del Programa**

**Certificación de Elegibilidad del Programa**

Certifico que cumpla con los requisitos de inscripción para participar en el programa CARES Plus de Primeros 5 California para el año fiscal \_\_\_\_\_.

1. Actualmente trabajo un mínimo de 15 horas semanales en un centro con licencia o exento de licencia con niños de 0-5 años de edad.
2. Gano menos de \$60,000 (brutos) al año.

**Certificación de Expectativas del Programa**

Completaré los siguientes requisitos anuales del programa:

- a. Crear un Plan de Crecimiento Profesional y entregarlo una vez finalizado con toda la documentación necesaria de las actividades de desarrollo profesional a mi asesor local de CARES Plus de acuerdo con la fecha que establece el condado o a más tardar el 30 de junio del calendario escolar.
- b. Reunirme con un consejero de CARES Plus dos veces al año para crear y revisar mi Plan de Crecimiento Profesional.
- c. Completar todos los requisitos CORE durante mi primer año de participación.
- d. Completar los requisitos de los componentes de mi Plan de Crecimiento Profesional.
- e. Continuar trabajando durante los siguientes nueve meses en un centro con licencia o exento de licencia con niños de 0-5 años de edad. (Participantes Temporales del Programa Migrante están exentos del requisito de nueve meses.)
- f. Completar anual en línea – Encuesta de Participantes del programa CARES Plus.
- g. Si me seleccionan a través del proceso de selección de CLASS<sup>®</sup>, realizaré dos videos de 2 horas de actividades continuas en el salón de clase o permitiré que un observador capacitado realice dos observaciones en persona, una a principios de otoño y la otra a finales de la primavera.
- h. Participar en otras actividades de evaluación de CARES Plus que pueden incluir encuestas o llamadas de seguimiento.
- i. Acordar aceptar la responsabilidad por el cuidado y entrega de cualquier equipo o materiales que me han prestado para completar los requisitos del programa CARES Plus, y utilizar el equipo y los materiales solo para los propósitos autorizados.

He obtenido la autorización del dueño/director para participar plenamente en CARES Plus.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento Sobre Información Personal**

Además reconozco que mi información personal obtenida para este programa financiado por el gobierno, está protegida por la Ley de Practicas de Información (Information Practices Act, IPA) (Código Civil, secciones 1798 y *siguientes*). La información personal se define como la información que usted proporciona con este formulario de Solicitud y Certificación del Participante, pero no incluye las evaluaciones de observación (es decir, puntuaciones CLASS®) recogidos con el propósito de la evaluación agregada del programa. Primeros 5 California es la agencia estatal que solicita la información personal para fines de implementar el programa y evaluar los resultados del programa. Según la ley del IPA, tengo derecho a inspeccionar la información personal acerca de mí que mantiene Primeros 5 California o sus agentes, incluyendo la Agencia Principal que ha recibido mi solicitud para participar en este programa, así como el derecho a impugnar el contenido de esta información y que puedo solicitarlos escribiendo a:

Chief Counsel's Office  
 First 5 California  
 2389 Gateway Oaks Drive Suite 260  
 Sacramento, CA 95833  
 Tel: 916.263.1050  
 Tel: 916.263.7465  
[infopracticesact@ccfc.ca.gov](mailto:infopracticesact@ccfc.ca.gov)

Primeros 5 California es una agencia estatal autorizada por el Código de Salud y Seguridad, secciones 130100 y *siguientes* para implementar y evaluar programas diseñados con el fin de mejorar el desarrollo de niños de 0-5 años de edad y sus familias. CARES Plus es un programa voluntario financiado con dinero de impuestos. Primeros 5 California se encarga de supervisarlos y las Agencias Principales de los condados locales lo implementan a fin de crear oportunidades de desarrollo profesional en la educación temprana. La participación en el programa no es obligatoria sino una oportunidad para el desarrollo profesional de los educadores de la educación infantil temprana. Primeros 5 California pide información personal de los participantes para garantizar que el programa funcione como está previsto y también para realizar estudios y evaluar el impacto que el programa tiene en los participantes y sus clases de educación temprana. La información se utilizará para estos propósitos y se divulgará únicamente a Primeros 5 California y al personal de las Agencias Principales, o a sus asesores, que necesiten esta información para lograr estos propósitos. Comprendo proveer la información que se solicita es un requisito para recibir los servicios y beneficios de este programa y si no doy la información que se solicita, no calificaré para participar en el programa.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

### Información Personal

Primer Nombre:		Segundo nombre (opcional)	
Apellido		Apellido usado anterior (si es aplicable)	
Fecha de nacimiento	/ /	Condado de participación	
Últimos 5 números de su Número de Seguro Social (SSN) (opcional)		Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No deseo contestar
<u>¿Cuál es su etnia/raza? (Seleccione todos los que correspondan.)</u> <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No deseo contestar			
<u>¿Cuál es su idioma principal? (seleccione uno.)</u> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Filipino (o tagalo) <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Panyabí <input type="checkbox"/> Otro			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección alternativa			
Ciudad	Estado	Código postal	
Tipo de dirección	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		
Número de teléfono		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Correo electrónico			
¿Participó en un programa de desarrollo profesional patrocinado por el condado como CARES o AB 212 entre los años 2000 y 2010?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Participó anteriormente en CARES Plus? (2011 o después)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es la primera vez que solicita participar en CARES Plus, ¿cuántas unidades de Educación Infantil Temprana/ Desarrollo Infantil (ECE/CD) ha completado en total hasta la fecha?			____ Unidades
Numero de años que has sido empleado en la carrera de ECE.			____ Años

<u>Componentes del programa (seleccione todos los componentes que le interesa solicitar.)</u> <input type="checkbox"/> CORE <input type="checkbox"/> Componente A (21 hrs. de desarrollo profesional) <input type="checkbox"/> Componente B (Cursos de educación superior) <input type="checkbox"/> Componente C (Consejero de CARES Plus) <input type="checkbox"/> Componente D* (MyTeachingPartner™ Mi Compañero en la Enseñanza)			
--	--	--	--

\*Los solicitantes del Componente D, deberán presentar la Autorización del Director/Dueño para MyTeachingPartner™ (formulario P.1B) y el Acuerdo de Responsabilidad y Préstamo del Equipo de la Cámara de Video (formulario P.4).

**Centro donde trabaja actualmente**

Nombre del centro donde trabaja					
Dirección del Centro					
Ciudad		Estado		Código postal	
Número de teléfono		Número de licencia del centro (opcional)			
Nombre y apellido del director/dueño (opcional)					

¿Como describiría el centro donde trabaja o tipo? (seleccione todos los que corresponden.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Head Start (incluyendo Head Start de Educación Temprana y Migrante) | <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil CDE                         |
| <input type="checkbox"/> Privado/subvencionado (por ejemplo: ciudad, condado, First 5)       | <input type="checkbox"/> Escuela pública  |
| <input type="checkbox"/> Privado/no subvencionado  | <input type="checkbox"/> Base militar   |
| <input type="checkbox"/> Preescolar estatal  | <input type="checkbox"/> Programa Distintivo Infantil (Child Signature Program) |
| <input type="checkbox"/> Race to the Top – Early Learning Challenge                          | <input type="checkbox"/> Otro   |

Tipo de centro o programa (seleccione uno)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil/programa de educación infantil temprana con licencia   | <input type="checkbox"/> Hogar de cuidado infantil familiar con licencia |
| <input type="checkbox"/> Centro exento de licencia o programa de edad escolar (por ejemplo: Cal-SAFE, centro de cuidado infantil militar, cooperativa de padres) | <input type="checkbox"/> Otro  |

**Trabajo actual**

Fecha que inicio este trabajo	____/____/____
Salario anual aproximado de su empleo en ECE	\$ _____

Si trabaja en un centro o escuela con un programa de ECE, ¿cuál es su posición principal? (seleccione uno.) (Favor de notar, el título de la posición en cual trabajas con niños. Esta información se usara para determinar elegibilidad para participar en MTP™.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistente / ayudante de maestro  | <input type="checkbox"/> Supervisor en el centro | <input type="checkbox"/> Director de varios centros |
| <input type="checkbox"/> Maestro/maestro titular  | <input type="checkbox"/> Asistente del director  | <input type="checkbox"/> Director ejecutivo         |
| <input type="checkbox"/> Maestro/director   | <input type="checkbox"/> Director - un centro    | <input type="checkbox"/> Otro                       |
| <input type="checkbox"/> Personal de enseñanza especializada (por ejemplo: maestro de educación especial, maestro titular supervisor) |  |   |
| <input type="checkbox"/> Personal de apoyo profesional (por ejemplo: especialista de plan de estudios, asesor de salud mental)        |  |   |



**Educación**

Cuál es su nivel mas alto de estudios (seleccione uno.)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de un diploma de secundaria o GED | <input type="checkbox"/> Licenciatura (o título universitario de 4 años) |
| <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED             | <input type="checkbox"/> Maestría  |
| <input type="checkbox"/> Unos años de universidad                | <input type="checkbox"/> Doctorado u otro título de educación superior   |
| <input type="checkbox"/> Título de asociado (título de 2 años)   |  |

Indique los títulos o diplomas relacionados con la Educación Infantil Temprana (ECE) o Desarrollo Infantil (CD) que haya obtenido hasta la fecha en una universidad acreditada. (Seleccione todos los que correspondan.)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Título de asociado (título de 2 años) | <input type="checkbox"/> Licenciatura (o título universitario de 4 años) |
| <input type="checkbox"/> Maestría                              | <input type="checkbox"/> Doctorado u otro título de educación superior   |

Nota: Títulos de licenciatura o educación superior en la Educación Infantil Temprana (ECE) o Desarrollo Infantil (CD) o en estudios relacionados son requeridos para los consejeros de componente C.

Nivel de permiso de desarrollo infantil que posee (seleccione uno.)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistente        | <input type="checkbox"/> Maestro titular      | <input type="checkbox"/> Supervisor en el centro                           | <input type="checkbox"/> Permiso de supervisor de centro infantil |
| <input type="checkbox"/> Maestro adjunto  | <input type="checkbox"/> Director de programa | <input type="checkbox"/> Credenciales de Maestro más 12 unidades en ECE/CD | <input type="checkbox"/> No posee permiso                         |
| <input type="checkbox"/> Maestro Asociado | <input type="checkbox"/> Maestro              |  |   |

*Al firmar este documento, certifico que toda la información proporcionada más arriba es verdadera y correcta.*

Firma		Fecha	
-------	--	-------	--

Solo para uso de la agencia principal			
Año fiscal: <input type="checkbox"/> 2015-2016		Consejero del participante	
<u>Componente(s) aprobado(s) (Seleccione todos los que correspondan)</u>			
<input type="checkbox"/> CORE <input type="checkbox"/> Componente A <input type="checkbox"/> Componente B <input type="checkbox"/> Componente C <input type="checkbox"/> Componente D			
<u>Lista de verificación del participante:</u>			
<input type="checkbox"/> Certificación de cumplimiento del programa (requerido para todos los solicitantes) <input type="checkbox"/> Límites en el uso compartido de datos (si lo completa el aplicante) Fecha en que se envió a First 5 California     /     / <input type="checkbox"/> Autorización del Director/Dueño del Centro para la Observación en Persona (requerido para todos los solicitantes) <input type="checkbox"/> Autorización del Director/Dueño del Centro para MyTeachingPartner™ (Mi Compañero en la Enseñanza) (requerido para el Componente D) <input type="checkbox"/> Responsabilidad de la cámara (requerido para el Componente D) Fecha en que se recibió     /     /			
La Agencia Principal certifica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El participante cumple con todos los requisitos estatales y locales para participar en el Programa CARES Plus.</li> <li>• El participante completó y firmó todos los formularios necesarios.</li> <li>• El participante recibió el formulario de Límites de Compartir Datos (Formulario P.3)</li> <li>• La identificación del participante fue verificado</li> </ul>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del administrador del programa (con letra de molde)			
Firma		Fecha	

*Todas las solicitudes de CARES Plus y los documentos de apoyo deberán permanecer archivados en la Agencia Principal de acuerdo con los requisitos de auditoria establecidos por Primeros 5 California Programa CARES Plus 2a Ronda*