

Child Care WAGES® Program

(Programa de Salarios de Cuidado Infantil)

Por favor complete esta solicitud de cuatro páginas y firme en la página 3.



Lista de Verificación



<input type="radio"/> Completar la solicitud	<input type="radio"/> Todas las preguntas deben ser respondidas. <input type="radio"/> El solicitante debe completar las páginas 1-3 y 5. <input type="radio"/> La página 4 debe ser completado por el director, propietario o persona autorizada para proporcionar verificaciones de empleo.
<input type="radio"/> Transcripciones oficiales Los suplementos se basan en los documentos de educación presentados con la solicitud. Asegúrese de incluir transcripciones de calificaciones oficiales para TODOS los cursos universitarios completados en una universidad de dos años o universidad acreditada de la región. No se aceptan copias de títulos o transcripciones no oficiales. Las transcripciones por Internet no pueden ser aceptadas a menos que se obtiene por el personal WAGES. Talleres y horas de entrenamiento no son documentación aceptable.	Escoja la opción que mejor se aplica a su solicitud: <input type="radio"/> Las transcripciones oficiales ya están en los archivos WAGES, AWARD\$ Plus o <input type="radio"/> Certificación en Educación Temprana, y no se ha completado educación adicional. <input type="radio"/> Las transcripciones oficiales están adjuntas. <input type="radio"/> Las transcripciones oficiales se envían directamente de la(s) universidad (es). Haga una lista aquí de las universidades que envían transcripciones: <i>*Será procesado en base a la educación presentada. Si usted no indica las universidades que enviarán transcripciones, se le podrá asignar a un nivel equivocado. Recuerde que usted debe solicitar a la universidad que nos envíe sus transcripciones.</i>
<input type="radio"/> Verificación de ingresos <i>Vea la Sección 3, "Estado de Propiedad," para más detalles..</i>	Escoja la opción que mejor se aplica a su solicitud: <input type="radio"/> Horario C de su declaración de impuestos más reciente (si es un proveedor de cuidado infantil familiar). <input type="radio"/> Comprobante de pago actual (si es empleado): el comprobante de pago deberá reflejar el horario normal con exactitud. <input type="radio"/> Documentación de impuestos más reciente (si es propietario del centro): por favor envíe la hoja 1040 y todos los documentos de apoyo
<input type="radio"/> Lea el Contrato de Participante y firme la Declaración de Afirmación	Consulte la página 3 de esta solicitud.
<input type="radio"/> Documentación de depósito directo	Complete la página 5 de esta solicitud. Por favor, escriba claramente y asegúrese de incluir su nombre completo. Este formulario no permanece con el paquete de solicitud. Tanto el formulario como la documentación adjunta para verificar los números de cuenta, como un cheque anulado, son necesarios para completar su solicitud.
<input type="radio"/> Devuelva la solicitud	Envíe su solicitud y la documentación requerida a: Child Care WAGES® Program, Child Care Services Association, PO Box 901, Chapel Hill, NC, 27514 ¿Necesita ayuda? Póngase en contacto con un consejero de WAGES al 919-967-3272.

1. Información del Solicitante

Indique las opciones correctas con un cheque. ✓

Fecha de la solicitud		Condado de residencia		Número de Seguro Social	
Primer nombre (Nombre como se muestra en su declaración de impuestos sobre la renta)		Segundo nombre		Apellido	Nombre anterior (si es aplicable)
Dirección de Envío			Ciudad		Estado
Código Postal	Número de teléfono de casa	Número de teléfono de celular		Dirección de correo electrónico	
()	()	()	()		
Fecha de nacimiento		Género	<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Femenino	<input type="radio"/> No-binario
..... / /					



1. Información del Solicitante

Etnicidad(opcional)

¿Se considera usted Latinx?

Sí (esto incluye Mexicano, Mexicoamericano, Chicano, Puertorriqueño, Cubano, Español) No

¿Se considera usted...?

Blanco Negro o afroamericano Indio americano o nativo de Alaska
 Asiático (incluye Indios Asiáticos, Japoneses, Chinos, Coreanos, Vietnamitas, Filipinos u otros Asiáticos)
 Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico (incluye Samoano, Chamorro, u otro Isleño del Pacífico)
 Otro, dos o más razas Otro

2. Antecedentes Educativos*

Títulos obtenidos (marque todos los que correspondan)	Especialidad	Universidades Asistidas	Año Graduado
<input type="radio"/> CDA Credencial			
<input type="radio"/> Curso completado, pero sin título obtenido			
<input type="radio"/> Título AA/AAS			
<input type="radio"/> Título BA/Título BS			
<input type="radio"/> Título MA/MS			

¿Ha usted ganado todos créditos universitarios que no están en la lista? Sí No En caso afirmativo, por favor enumérelas:

.....

.....

.....

3. Estado de Propiedad

Todos los solicitantes: por favor, marque la casilla de la categoría de propiedad que mejor refleje su situación actual y siga las instrucciones enumeradas para la categoría que usted elija. Se considerarán los ingresos de la propiedad y los salarios para determinar la elegibilidad.

<input type="radio"/> Hogar Unifamiliar de Cuidado Infantil	Soy dueño de mi hogar de cuidado infantil y trabajo como maestro/operador. No soy dueño de ninguna otra instalación de cuidado infantil o en el hogar. Verifique sus ingresos mediante la presentación del Anexo C de su declaración de impuestos más reciente. Fecha en que se hizo propietario /..... /.....
<input type="radio"/> Centro de Cuidado Infantil Individual	Soy dueño de mi centro de cuidado infantil y el trabajo como director/maestro o estoy listado como titular de una oficina de la empresa incorporada y el trabajo como director/maestro. No soy dueño o tener un cargo en cualquier otro centro de cuidado infantil. Por favor proporcione su más reciente Formulario de Impuestos 1040, todos los horarios de apoyo y el Formulario W2 (si usted presenta en forma conjunta, los formularios W2 de ambas partes deben presentarse). Documentación fiscal del negocio adicional puede ser solicitada si es necesario. Fecha en que se hizo propietario /..... /.....
<input type="radio"/> Propiedad de Múltiples Sitios	Soy propietario de o figuro como titular de una oficina con más de un centro de cuidado infantil o hogar. Los he enumerado a continuación. Por favor suministrar su más reciente 1040 Formulario de impuestos, todos los cuadros de apoyo y el formulario W2 (si presenta en forma conjunta, los formularios W2 de ambas partes deben presentarse). documentación fiscal de negocio adicional puede ser solicitada si es necesario. Por favor proporcione su más reciente Formulario de Impuestos 1040, todos los horarios de apoyo y el Formulario W2 (si usted presenta en forma conjunta, los formularios W2 de ambas partes deben presentarse). Documentación fiscal del negocio adicional puede ser solicitada si es necesario. Fecha en que se hizo propietario /..... /.....
<input type="radio"/> No Propietario	Soy empleado de mi programa de cuidado infantil. No soy dueño de ninguna instalación de cuidado infantil. Si usted no es un propietario, por favor proporcione documentación de su tasa de pago, tal como un comprobante de pago o declaración de salarios de empleador para verificar los ingresos.

4. Contrato de Participante

La Asociación de Servicios de Cuidado Infantil se compromete a:

- A. Proporcionar suplementos salariales a los educadores de niños elegibles como una iniciativa especial para recompensar la educación del maestro y la continuidad del cuidado, proporcionando de esta manera cuidado a los niños desde recién nacidos hasta los cinco años a tener relaciones más estables con maestros con mayor nivel educativo.
- B. Proporcionar las formas IRS-1099 al final del año para los receptores según lo dispuesto por las leyes fiscales actuales.

El Receptor de The Child Care WAGES® (Programa de Salarios de Cuidado Infantil) se compromete a:

- A. Reconocer que recibió el suplemento anual completo supeditado a la realización de dos períodos de seis meses. Una entrega será emitida después de cada período, basado en el nivel de educación y el horario de trabajo del beneficiario durante el período de seis meses finalizado. No se emitirá ninguna parte del premio si el/la participantes deja su programa antes de completar todo el período de compromiso de seis meses. El tiempo de permiso o el receso de verano no se puede contar hacia la finalización de un período de compromiso. Los nuevos solicitantes deben ser empleados en el momento de la confirmación de empleo. El empleo se verifica después de que un período de compromiso es completado y cuando haya fondos disponibles. El tiempo de confirmaciones puede ser retrasado debido a cuestiones de financiación, pero el solicitante aún debe ser empleado cuando el dinero está disponible con el fin de ser elegible.
- B. Continuar el empleo en un programa con licencia que cumple con el requisito de elegibilidad del condado específico para la calificación de estrellas (si es aplicable) para todo el período de compromiso y notificar al Child Care WAGES® Program (Programa de Salarios de Cuidado Infantil) de cualquier cambio en la licencia. Las asociaciones Smart Start tienen la opción de financiar sólo aquellos participantes que trabajan en sitios con al menos tres estrellas o al menos cuatro estrellas.
- C. Dejar que su empleador libere la información de empleo incluyendo la fecha del empleo, cargo en el centro, la edad de los niños en el cuidado, salario actual o por hora (incluidas las primas recibidas) y el número de horas trabajadas cada semana.
- D. Permitir que el personal de WAGES libere información sobre la participación, incluyendo la educación, al director y/o propietario.
- E. Reconocer que la financiación de este proyecto se proporciona a partir de la asociación local de Smart Start y la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana. La cantidad asignada por la asociación local determinará la cantidad disponible para los suplementos en el condado. Los pagos dependen de los fondos disponibles y el empleador del destinatario no es responsable de proporcionar el suplemento si ya no estarán disponibles los fondos.
- F. Informar y pagar impuestos personales sobre la renta debida sobre suplementos anuales, como es requerido por la legislación fiscal vigente.
- G. Reconocer que la Asociación de Servicios de Cuidado Infantil se reserva el derecho de ajustar los periodos de compromiso y políticas basadas en las necesidades de administración y/o fiscales.
- H. Reconocer que el reembolso al Child Care WAGES® Program será requerido por el destinatario en el caso que se emita un complemento salarial incorrectamente, por cualquier razón.
- I. Reconocer que la falsificación de información o documentación en la solicitud puede resultar en la incapacidad de ser un participante en este programa y con el consentimiento del destinatario para la notificación empleador y proveedor de fondos del programa si la participación se termina debido a la falta de cumplimiento de los requisitos de documentación.

5. Declaración de Afirmación

Yo, _____ (Nombre del solicitante), doy fe de que la información proporcionada en esta solicitud y la documentación de apoyo es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. He leído y entendido el Acuerdo del Participante.


Entiendo que estoy solicitando para ser considerado para WAGES y reconozco que debo continuar cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de ese programa con el fin de recibir suplementos en curso. Reconozco que sólo puedo participar en una iniciativa de complemento salarial para mi posición en la primera infancia. Entiendo que si estoy participando en AWARD\$ PLUS, mi solicitud para WAGES reflejará mi decisión de ser trasladado a para WAGES si soy elegible. En ese caso, ya no voy a recibir suplementos de AWARD\$ PLUS. Reconozco que las cantidades de suplementos pueden ser mayores o menores que los ofrecidos por AWARD\$ PLUS. (Nota al solicitante: Si actualmente está usted recibiendo AWARD\$ PLUS y existe una lista de espera para WAGES, puede continuar ser pagado por AWARD\$ PLUS hasta que se dispongan los fondos para WAGES).

Para ser considerado para un suplemento salarial WAGES, entiendo que mi información de contacto y de mi participación se puede ser divulgada a la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana, asociaciones u otros socios de Smart Start. La información también puede ser compartida con el T.E.A.C.H. Programa de Becas y/o Certificación de Educador de Edad Temprana según sea necesario para mantener mi participación en cualquiera de los programas enumerados. Autorizo y doy mi consentimiento para la liberación y el intercambio de dicha información por la Asociación de Servicios de Cuidado Infantil a los terceros descrito. Por este medio libero a la Asociación de Servicios de Cuidado Infantil de cualquier responsabilidad o daños que puedan resultar de la liberación o intercambio de dicha información, incluyendo posibles inexactitudes, errores u omisiones.

Firma del Solicitante Fecha

Nombre impreso Condado donde trabaja

Envíe su solicitud y la documentación requerida a:

 **Child Care WAGES® Program**
Child Care Services Association
P.O. Box 901
Chapel Hill, NC 27514

Teléfono 919-967-3272
Fax 919-967-2945
www.childcareservices.org

Child Care
WAGES®
Program

6. Información de Empleo y Verificación

Esta sección debe ser completada por el director, propietario o persona autorizada para proporcionar verificaciones de empleo. Se requiere una firma que confirma la validez de la información.

Nombre del solicitante		Condado	
DCDEE licencia #		Nombre del programa de cuidado infantil	
Dirección postal programa			
Teléfono del programa ()		Dirección de correo electrónico del programa	
Posición de Empleo	<input type="radio"/> Educador de cuidado infantil familiar	<input type="radio"/> Subgerente	<input type="radio"/> Director
	<input type="radio"/> Asistente de Maestro /Ayudante	<input type="radio"/> Flotador	<input type="radio"/> Otro (Indique título de la posición completa):
	<input type="radio"/> Maestro/maestra líder	<input type="radio"/> Director
*Si los cumple funciones candidatos de más de una posición, se debe especificar			
¿Funciona el solicitante en un aula de NC Pre-K?		¿Funciona el solicitante en un aula de Head Start?	
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Las edades de los niños en el cuidado de este solicitante (si procede)			
<input type="radio"/> Bebés <input type="radio"/> Niños de dos años <input type="radio"/> Niños de cuatro años <input type="radio"/> Edad escolar			
<input type="radio"/> Niños de un año <input type="radio"/> Niños de tres años <input type="radio"/> Niños de cinco años			
El total de horas trabajadas por semana		Cuántas horas por semana son pasó directamente con niños de cero a cinco?	
Si los cumple funciones candidatos de más de una posición, por favor estado de cuántas horas se trabajan en cada uno.		Fecha de inicio del solicitante	
Meses al año su programa está en funcionamiento <input type="radio"/> 12 meses <input type="radio"/> 10 meses <input type="radio"/> Otro			
How often is the applicant paid? <input type="radio"/> semanal <input type="radio"/> cada dos semanas (cada dos semanas) <input type="radio"/> dos veces al mes (dos veces al mes) <input type="radio"/> mensuales (10 meses) <input type="radio"/> mensuales (12 meses)			
How many months per year is the applicant paid? <input type="radio"/> 9 meses <input type="radio"/> 10 meses <input type="radio"/> 12 meses <input type="radio"/> Otro			
How many months per year does the applicant work? <input type="radio"/> 9 meses <input type="radio"/> 10 meses <input type="radio"/> 12 meses <input type="radio"/> Otro			
Salario bruto anual actual		Tasa por hora actual	
Clasificación de estrellas 1 2 3 4 5 <i>Círculo uno</i>		Fecha convirtió: De tres estrellas o superior	

Además de la verificación de empleo anterior, por favor compruebe que ha leído y entendido las expectativas de abajo. Su firma en esta solicitud indica su acuerdo a:

Proporcionar Child Care Services Association (Asociación de Servicios de Cuidado de Niños) con información sobre los maestros y directores de empleados que han solicitado un complemento salarial. Esta información incluirá: el empleo fecha de inicio, la posición del empleado en el centro, condición de empleado (a tiempo completo o parcial, permanente o temporal), la edad de los niños en el cuidado del empleado, el salario actual del empleado o pago por hora y el número de horas trabajado cada semana.

Seguir dando todo el personal de cualquier aumento regulares independientemente de si reciben o no un complemento salarial. Suplementos de WAGE\$ no será utilizado como la razón de retener un aumento de otro modo programado.

Estoy autorizado para proporcionar verificación de empleo; la información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del director, propietario o persona autorizada para proporcionar verificación de empleo:

.....

Nombre impreso Posición Fecha

7. AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO A TRAVÉS DE ACH (CRÉDITO ACH)

Child Care Services Association requiere que los proveedores/individuos completen este formulario para establecer un método de pago electrónico. Sus pagos se depositarán en la cuenta corriente o de ahorros que elija. Para recibir pagos electrónicamente, por favor complete este formulario, adjunte un cheque marcado como "ANULADO" o una carta oficial de ACH de su institución bancaria y envíelo por correo postal o electrónico. Por favor espere 10 días al configurar o terminar este acuerdo. La terminación debe ser por escrito. **Por favor adjunte un cheque anulado o una carta del banco para nuestros registros.**

Marque todo lo que corresponda: Empezar el Depósito de ACH Cambio de Información

Nombre del titular de la cuenta		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código Postal
Identificación Federal (TIN o SSN)		Nombre del Banco
Dirección del Banco		
Ciudad (Banco)	Estado (Banco)	Código Postal (Banco)
Número de Ruta Bancaria (routing number)	Número De Cuenta	

Tipo de cuenta: Cuenta Corriente Cuenta de Ahorros:

Dirección de Correo electrónico para notificación de pago:

Entendemos que esta autorización permanecerá vigente hasta que notifiquemos a la Asociación de Servicios de Cuidado Infantil por escrito que deseamos revocar esta autorización. NOTA: CCSA transmitirá su pago electrónicamente en función de la información que haya proporcionado. Si la transmisión falla porque nos ha proporcionado información incorrecta o desactualizada, CCSA solo puede proporcionar un pago de reemplazo DESPUÉS de recibir un reembolso de la institución financiera.

Nombre impreso:

Firma: Fecha:

Envíe su solicitud completa y la documentación requerida a:

➔ **Child Care WAGES® Program**
 Child Care Services Association
 P.O. Box 901
 Chapel Hill, NC 27514
 Correo electrónico: wagespages@childcareservices.org

Teléfono 919-967-3272
 Fax 919-967-2945
www.childcareservices.org

Child Care
WAGES®
 Program