

# STEP\$ Solicitud

Por favor complete las seis páginas de solicitud y firme en la página 4.



## Lista de cotejo de la solicitud

<input type="radio"/> <b>Revisión de Elegibilidad</b>	<p><b>Para ser elegible para STEP\$, los solicitantes deben:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Trabajar como maestro líder, maestro o proveedor de cuidado infantil familiar al menos 40 horas por semana con bebés, niños de 1 año o niños de 2 años.</li><li><input type="radio"/> Ganar \$16.00 por hora o menos.</li><li><input type="radio"/> Trabajar en un centro u hogar de cuidado infantil con licencia.</li><li><input type="radio"/> Tener un nivel educativo incluido en la escala de suplementos STEP\$.</li></ul> <p><b>Si no puede marcar cada casilla, actualmente no es elegible para STEP\$.</b></p>
<input type="radio"/> <b>Solicitud Completa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Todas las preguntas deben ser contestadas.</li><li><input type="radio"/> El solicitante debe completar las páginas 1-4 y 6.</li><li><input type="radio"/> La página 5 debe ser completada por el director, propietario o persona autorizada para proporcionar verificaciones de empleo.</li></ul>
<input type="radio"/> <b>Completar la Encuesta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Complete todas las preguntas de la encuesta en la página 2.</li></ul>
<input type="radio"/> <b>Documentación Educativa</b> Los suplementos se basan en los documentos de educación enviados con su solicitud. No se aceptan copias de títulos ni transcripciones no oficiales. Los talleres y horas de capacitación no son documentación aceptable.	<p><b>Seleccione la opción que mejor aplique a su solicitud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Se adjunta copia de la credencial CDA activa.</li><li><input type="radio"/> Se adjunta copia del Certificado de Credencial de Educación Infantil Temprana de Carolina del Norte o carta de equivalencia.</li><li><input type="radio"/> Copia de la Certificación de la Junta Nacional en Educación Infantil Temprana.</li><li><input type="radio"/> Las transcripciones oficiales ya están archivadas y no se ha completado educación adicional.</li><li><input type="radio"/> Se adjuntan transcripciones.</li><li><input type="radio"/> La(s) transcripciones están siendo enviadas directamente por la(s) universidad(es). Enumere aquí la(s) universidades que enviarán transcripciones:  _____</li></ul> <p>Usted será procesado según la educación presentada. Si no indica las universidades que enviarán las transcripciones, podría recibir una adjudicación en el nivel incorrecto. Recuerde que debe solicitar a la universidad que nos envíe sus transcripciones.</p>
<input type="radio"/> <b>Verificación de Ingreso</b> Consulte la Sección 3, "Estado de Propiedad," para más detalles.	<p><b>Seleccione la opción que mejor aplique a su solicitud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Recibo de sueldo actual (si es empleado). La nómina debe reflejar 40 horas por semana.</li><li><input type="radio"/> Formulario Schedule C de su declaración de impuestos de 2024 (si es proveedor de cuidado infantil familiar).</li></ul>
<input type="radio"/> <b>Lea el Acuerdo del Participante y Firme la Declaración Jurada</b>	Consulte la página 4 de esta solicitud.
<input type="radio"/> <b>Documentación para Depósito Directo</b>	Si desea recibir el pago mediante depósito directo, complete la página 6 de esta solicitud. Escriba claramente y asegúrese de incluir su nombre completo. Este formulario no permanece junto al paquete de solicitud. Tanto el formulario y documentación adjunta para verificar los números de cuenta, como un cheque anulado, son necesarios para iniciar el depósito directo.
<input type="radio"/> <b>Enviar la Solicitud</b>	Envíe su solicitud completa y la documentación requerida a:  <b>STEP\$</b> <b>stepsinfo@earlyyearsnc.org</b> <b>Early Years</b> <b>PO Box 901, Chapel Hill, NC, 27514</b>  ¿Necesita ayuda? Comuníquese con un especialista de STEP\$ al 919-967-3272.

## 1. Preguntas de encuesta

1. ¿Qué beneficios anticipa de participar en STEP\$? Marque todas las que apliquen.

- Creo que STEP\$ me motivará a buscar educación adicional y/o hará más viable económicamente tomar cursos.
- Creo que STEP\$ aliviará mi estrés financiero.
- Creo que STEP\$ me motivará a permanecer en mi programa actual.
- Creo que STEP\$ me motivará a permanecer en el campo del cuidado y educación temprana.
- Creo que STEP\$ ayudará a proporcionar más recursos para mi programa o salón de clases.
- Creo que STEP\$ hará que me sienta más apreciado(a) y reconocido(a) por mi trabajo.
- Creo que STEP\$ aumentará mi satisfacción laboral como resultado de mejores ingresos y educación.
- No estoy seguro(a).

2. Por favor enumere cualquier otra forma en que cree que STEP\$ le ayudará:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. ¿Anticipa alguna barrera que pueda limitar los beneficios de STEP\$ o impedir su participación continua?

---

---

---

---

---

---

---

---

Envíe su solicitud  
completada y documentos  
requeridos a:



STEP\$  
Early Years  
PO Box 901  
Chapel Hill, NC 27514

919-967-3272  
stepsinfo@earlyyearsnc.org  
www.earlyyearsnc.org

## 2. Información del solicitante

Indique las opciones correctas con una marca de verificación. ✓

Fecha de solicitud	Condado de solicitud	Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____		
Nombre (Tal como aparece en sus impuestos)	Segundo Nombre (Tal como aparece en sus impuestos)	Apellido (Tal como aparece en sus impuestos)	Nombre anterior (si aplica)	
Dirección Postal		Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono del hogar ( )	Celular ( )	Correo electrónico		
Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____	Genero (opcional)			
Con respecto a raza y etnicidad, me identifico como: (opcional)				
<input type="radio"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska. <input type="radio"/> Medio Oriente o Norte de Africa <input type="radio"/> Asiático(a) <input type="radio"/> Nativo(a) de Hawái o de las Islas del Pacifico <input type="radio"/> Negro(a) o Afroamericano(a) <input type="radio"/> Blanco(a) <input type="radio"/> Hispano(a) o Latino(a) <input type="radio"/> Dos o más razas <input type="radio"/> Otro				

## 3. Formación Académica

Educación obtenida (marque todas las que apliquen)	Especialización	Universidad(es) asistida(s)	Año de graduación
<input type="radio"/> Credencial de Educación Infantil Temprana de Carolina del Norte			
<input type="radio"/> Credencial CDA			
<input type="radio"/> AA/AAS			
<input type="radio"/> BA/BS			
<input type="radio"/> MA/MS			
<input type="radio"/> Certificación de la Junta Nacional en Educación Infantil Temprana			

## 4. Estado de propiedad

Todos los solicitantes: tenga en cuenta que solo los maestros líderes, maestros y proveedores de cuidado infantil familiar son elegibles para participar en STEP\$. Los directores y propietarios de centros de cuidado infantil no son elegibles. Por favor marque la categoría de propiedad que mejor refleje su situación actual y siga las instrucciones indicadas para la categoría seleccionada.

<input type="radio"/> Hogar de Cuidado Infantil Familiar	Soy propietario(a) de mi hogar de cuidado infantil y trabajo como maestro(a)/operador(a). No soy propietario(a) de ningún otro centro u hogar de cuidado infantil. Verifique sus ingresos presentando el formulario Schedule C de su declaración de impuestos de 2024.  Fecha en que se convirtió en propietario _____ / _____ / _____
<input type="radio"/> Propietario de Múltiples Centros	Soy propietario(a) o aparezco como funcionario(a) de más de una instalación. Si ha marcado este tipo de propiedad, no es elegible para STEP\$. No se necesita más información.
<input type="radio"/> Sin Propiedad	Soy empleado(a) de mi programa de cuidado infantil. No soy propietario(a) de ninguna instalación de cuidado infantil. Si no es propietario(a), proporcione documentación de su salario, como un recibo de sueldo que refleje su horario normal de trabajo para verificar sus ingresos.

Envíe su solicitud completada y documentos requeridos a:



STEP\$  
Early Years  
PO Box 901  
Chapel Hill, NC 27514

919-967-3272  
stepsinfo@earlyyearsnc.org  
www.earlyyearsnc.org

## 5. Acuerdo del Participante

### Early Years se compromete a:

- A. Proporcionar suplementos salariales a educadores elegibles de infantes y niños pequeños como un iniciativa especial para mejorar la compensación y retención de maestros y proveedores de cuidado infantil familiar que trabajan con nuestros niños más pequeños.
- B. Proporcionar formularios IRS-1099 a los beneficiarios según lo exige la ley tributaria vigente.

### El beneficiario de STEP\$ acepta:

- A. Reconocer que recibir el suplemento anual completo depende de completar dos periodos de seis meses. Se emitirá un pago después de cada periodo, basado en el nivel educativo y el horario laboral del beneficiario durante el periodo de seis meses completado. No se emitirá ninguna parte del premio si el participante deja el programa antes de completar todo el periodo de compromiso de seis meses. El tiempo fuera por licencia, vacaciones de verano o más de dos semanas trabajando menos de 40 horas con bebés, niños de 1 año o niños de 2 años no puede contarse para completar un periodo de compromiso. Los nuevos solicitantes deben estar empleados al momento de la confirmación de empleo. El empleo se verifica después de completar un periodo de compromiso y cuando haya fondos disponibles. El momento de las confirmaciones puede retrasarse debido a problemas de financiamiento, pero el solicitante debe seguir empleado cuando los fondos estén disponibles para poder ser elegible.
- B. Continuar empleado en el mismo programa con licencia durante todo el periodo de compromiso y notificar a STEP\$ sobre cualquier cambio en la licencia.
- C. Permitir que su empleador divulgue información laboral, incluyendo fecha de empleo, puesto en el centro, edades de los niños bajo cuidado, salario actual o tarifa por hora y número de horas trabajadas cada semana.
- D. Permitir que el personal de STEP\$ divulgue información sobre la participación, incluyendo educación, al director y/o propietario.
- E. Reconocer que el financiamiento de este programa es proporcionado por la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana. Los pagos dependerán de la disponibilidad de fondos y el empleador del beneficiario no es responsable de proporcionar el suplemento si los fondos dejan de estar disponibles.
- F. Reportar y pagar cualquier impuesto personal correspondiente sobre los suplementos anuales según lo requiera la ley tributaria vigente.
- G. Reconocer que Early Years se reserva el derecho de ajustar los periodos de compromiso y las políticas según necesidades administrativas y/o fiscales.
- H. Reconocer que el beneficiario deberá reembolsar a STEP\$ si se emite incorrectamente un suplemento salarial por cualquier motivo.
- I. Reconocer que falsificar información o documentación de la solicitud puede resultar en la incapacidad de participar en este programa y que el beneficiario autoriza la notificación al empleador y a la entidad financiadora si la participación es terminada por incumplimiento de documentación.
- J. Volver a solicitar anualmente para participar.

## 6. Declaración de afirmación

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del solicitante),  
certifico que la información proporcionada en esta solicitud y la documentación de respaldo es verdadera según mi mejor conocimiento. He leído y entendido el Acuerdo del Participante.

Entiendo que estoy solicitando ser considerado(a) para STEP\$ y reconozco que debo continuar cumpliendo los requisitos de elegibilidad de ese programa para recibir suplementos continuos. Reconozco que solo puedo participar en una iniciativa de suplemento salarial para mi puesto en educación infantil temprana. Entiendo que si estoy participando en WAGE\$ u otro programa local, el administrador de mi programa actual será notificado que he solicitado a STEP\$. Reconozco que los montos de los suplementos pueden ser más altos o más bajos que los ofrecidos por WAGE\$ u otro programa local en mi condado. Al enviar esta solicitud, estoy eligiendo participar únicamente en STEP\$ si soy elegible. (Nota para el solicitante: Si usted está en la lista de espera de WAGE\$ en su condado, será transferido(a) a STEP\$ de acuerdo con la política del programa. Si actualmente recibe WAGE\$ o un suplemento local y existe una lista de espera para STEP\$, puede continuar recibiendo pagos de su programa actual hasta que haya fondos disponibles para STEP\$. Si su programa actual ofrece pagos más altos, considere permanecer en ese programa.)

Para ser considerado(a) para un suplemento STEP\$, entiendo que mi información de contacto y participación puede ser compartida con la División de Desarrollo Infantil y Educación Temprana, asociaciones Smart Start u otros socios. La información también puede compartirse con el Programa de Becas TEACH Early Childhood® según sea necesario para apoyar mi participación. Autorizo y doy consentimiento para la divulgación e intercambio de dicha información por parte de Early Years con los terceros descritos. Por la presente, libero a Early Years de cualquier responsabilidad o daño que pueda resultar de la divulgación o intercambio de dicha información, incluyendo posibles inexactitudes, errores u omisiones. Al participar en este programa, acepto recibir correos electrónicos de Early Years relacionados con el estado de la solicitud, actualizaciones del programa, información de pagos, etc.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

**Envíe su solicitud completada y documentos requeridos a:**



STEP\$  
Early Years  
PO Box 901  
Chapel Hill, NC 27514

919-967-3272  
stepsinfo@earlyyearsnc.org  
www.earlyyearsnc.org

## 7. Información y verificación de empleo

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

Nombre del Solicitante		Condado
Numero de licencia de la instalación DCDEE	Nombre del programa de cuidado infantil	
Dirección postal del programa		
Teléfono del programa		Correo electrónico del programa
Puesto de empleo según lo definido por DCDEE	<input type="radio"/> Maestro(a) <input type="radio"/> Maestro(a) Líder <input type="radio"/> Proveedor(a) de Cuidado Infantil Familiar Si el solicitante no está definido por DCDEE como uno de estos puestos, no es elegible para STEP\$.	
Edades de los niños bajo el cuidado de este solicitante: <input type="radio"/> Bebés <input type="radio"/> Uno <input type="radio"/> Dos *Si no trabaja 40 horas con bebés, niños de 1 año o niños de 2 años, no será elegible para STEP\$.		
Fecha de contratación ____/____/____	Fecha en que comenzó a trabajar con bebés, niños de 1 año o niños de 2 años 40 horas por semana ____/____/____	
¿Trabaja el solicitante en un salón de Early Head Start? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Meses por año en que su programa está en funcionamiento: <input type="radio"/> 12 meses <input type="radio"/> 10 meses <input type="radio"/> Otro _____		
¿Con qué frecuencia se le paga al solicitante? <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Bisemanal (cada dos semanas) <input type="radio"/> Quincenal (dos veces al mes) <input type="radio"/> Mensual (10 meses) <input type="radio"/> Mensual (12 meses)		
¿Cuántos meses al año se le paga al solicitante? <input type="radio"/> 9 meses/año <input type="radio"/> 10 meses/año <input type="radio"/> 12 meses/año <input type="radio"/> Otro _____		
¿Cuántos meses al año trabaja el solicitante? <input type="radio"/> 9 meses/año <input type="radio"/> 10 meses/año <input type="radio"/> 12 meses/año <input type="radio"/> Otro _____		
Salario bruto anual actual	Tarifa por hora actual	

Además de la verificación de empleo anterior, confirme que ha leído y entendido las expectativas a continuación. Su firma en esta solicitud indica su acuerdo con lo siguiente:

- Proporcionar a Early Years información sobre los maestros empleados que hayan solicitado un suplemento salarial. Esta información incluirá: fecha de inicio de empleo, puesto del empleado en el centro, estado laboral del empleado (tiempo completo o parcial, permanente o temporal), edades de los niños bajo el cuidado del empleado, salario actual o tarifa por hora y número de horas trabajadas cada semana.
- Continuar otorgando a todo el personal cualquier aumento salarial programado regularmente, independientemente de si reciben o no un suplemento salarial. STEP\$ no será utilizado como motivo para retener un aumento salarial programado.

*Estoy autorizado(a) para proporcionar verificación de empleo; la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa según mi mejor conocimiento:*

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

Nombre \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Envíe su solicitud completada y documentos requeridos a:**



STEP\$  
 Early Years  
 PO Box 901  
 Chapel Hill, NC 27514

919-967-3272  
 stepsinfo@earlyyearsnc.org  
 www.earlyyearsnc.org

## 8. Autorización para depósito directo vía ACH (Crédito ACH)

Early Years requiere que las personas completen este formulario para establecer un método de pago electrónico. Para recibir pagos de Early Years electrónicamente, complete este formulario en su totalidad, adjunte una carta oficial ACH de su institución bancaria o un cheque marcado como "VOID" (anulado) y devuélvalo por correo o correo electrónico. Por favor permita 10 días al establecer o cancelar este acuerdo. Si participa en más de un programa de Early Years, todos los pagos deben depositarse en la misma cuenta. La cancelación debe hacerse por escrito.

Marque la opción que corresponda:     Iniciar depósito ACH     Cambiar información

Nombre del titular de la cuenta		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código Postal
ID Federal (TIN or SSN)	Nombre del Banco	
Dirección del Banco		
Ciudad (Banco)	Estado (Banco)	Código postal (Banco)
Numero de ruta bancaria	Numero de cuenta	

Tipo de cuenta:             Cuenta corriente     Cuenta de ahorros

Correo electrónico para notificación de pagos: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que notifique por escrito a Early Years que deseo revocar esta autorización. NOTA: Early Years transmitirá su pago electrónicamente basado en la información que usted haya proporcionado. Si la transferencia falla porque proporcionó información incorrecta o desactualizada, Early Years solo podrá emitir un pago de reemplazo DESPUÉS de recibir un reembolso de la institución financiera.

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Envíe su solicitud completada y documentos requeridos a:



STEP\$  
Early Years  
PO Box 901  
Chapel Hill, NC 27514

919-967-3272  
stepsinfo@earlyyearsnc.org  
www.earlyyearsnc.org



**NCDHHS**  
Division of Child Development  
and Early Education

*STEP\$ está financiado por DHHS Office Administration for Children and Families/NC DHHS y DCDEE under federal grants #2501NCCCDD y #2601NCCCDD (1) El financiamiento es 100% federal;(2) Se asignan \$4,000,000 por año durante dos años. El contenido es responsabilidad del beneficiario de la subvención y puede no reflejar las opiniones o políticas oficiales, ni debe considerarse un respaldo por parte de la(s) entidad(es) otorgante(s) o del Gobierno de los Estados Unidos.*