Child Care WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief

Condados participantes : Ashe, Madison and Watauga

Solicitud

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

CHILD CARE WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief

Lista de Verificación

○ **Completar la solicitud**	○ Todas las preguntas deben ser respondidas. ○ El solicitante debe completar las páginas 1-3 y 5. ○ La página 4 debe ser completado por el director, propietario o persona autorizada para proporcionar verificaciones de empleo.
○ **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 que no sean oficiales. Talleres y horas de entrenamiento no son documentación aceptable.	Escoja la opción que mejor se aplica a su solicitud: ○ Las transcripciones oficiales ya están en los archivos y no se ha completado educación adicional. ○ Las transcripciones oficiales están adjuntas. ○ Las transcripciones oficiales se envían directamente de la(s) universidad (es). Haga una lista aquí de las universidades que envían transcripciones: .... **Será procesado en base a la educación presentada. Si usted no indica las universidades que enviaran transcripciones, se le podrá asignar a un nivel equivocado. Recuerde que usted debe solicitar a la universidad que nos envíe sus transcripciones.*
○ **Verificación de ingresos** *Vea la Sección 3, "Estado de Propiedad," para más detalles..*	Escoja la opción que mejor se aplica a su solicitud: ○ Anexo C de su declaración de impuestos más reciente (si es un proveedor de cuidado infantil familiar). ○ Comprobante de pago actual (si es empleado): el comprobante de pago deberá reflejar el horario normal con exactitud. ○ Documentación de impuestos más reciente (si es propietario del centro): por favor envíe la hoja 1040 y todos los documentos de apoyo
○ **Lea el Contrato de Participante y firme la Declaración de Afirmación**	Consulte la página 3 de esta solicitud.
○ **Documentación de depósito directo**	Si desea recibir el pago mediante depósito directo, complete la página 5 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.
○ **Devuelva la solicitud**	Envíe su solicitud y la documentación requerida a: Child Care WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief, Early Years, PO Box 901, Chapel Hill, NC, 27514 o por correo electrónico a wagespages@earlyyearsnc.org. **¿Necesita ayuda? Póngase en contacto con un especialista al 919-967-3272.**

1. Información del Solicitante

Indique las opciones correctas con una marca de cotejo. ✓

Fecha de la solicitud	Condado de residencia	Número de Seguro Social _____-_____-_____	
Nombre como se muestra en su declaración de impuestos sobre la renta (primer nombre, 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 *(opcional)*		

1. Información del Solicitante

Indique las opciones correctas con una marca de cotejo. ✓

Acerca de mi raza y etnicidad, yo me identifico como: *(opcional)*

- O Indio americano o nativo de Alaska
- O Negro o afroamericano
- O Medio Oriente o Norte Africano
- O Blanco
- O Dos o más razas
- O Asiático
- O Hispano o Latino
- O Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico
- O Otro

2. Antecedentes Educativos*

Títulos obtenidos (marque todos los que correspondan)	Especialidad	Universidades Asistidas	Año Graduado
O Curso completado, pero sin título obtenido			
O Título AA/AAS			
O Título BA/Título BS			
O Título MA/MS			

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

.....

.....

.....

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.

O **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** ..... /..... /.....
O **Centro de Cuidado Infantil Individual**	Soy dueño de mi centro de cuidado infantil y trabajo como director/maestro o estoy listado como titular de una oficina de la empresa incorporada y 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 Impuestos1040, todos los anexos de apoyo y el Formulario W2 (si usted presenta en forma conjunta, los formularios W2 de ambas partes deben presentarse). Documentación de impuestos del negocio adicional puede ser solicitada si es necesario. **Fecha en que se hizo propietario** ..... /..... /.....
O **Propietario de múltiples establecimientos**	Soy propietario de o figuro como titular de uno o más de un centro de cuidado infantil u hogar. Los he enumerado a continuación. Por favor suministrar su más reciente 1040 Formulario de impuestos, todos los anexos de apoyo y el formulario W2 (si presenta en forma conjunta, los formularios W2 de ambas partes deben presentarse). documentación de impuestos de negocio adicional puede ser solicitada si es necesario. **Fecha en que se hizo propietario** ..... /..... /.....
O **No Propietario**	Soy empleado de mi programa de cuidado infantil. No soy dueño de ninguna instalación de cuidado infantil. Si no es propietario(a), proporcione un recibo de nómina o comprobante de pago que refleje su horario normal de trabajo para verificar sus ingresos.

4. Contrato de Participante

Early Years 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 Beneficiario de Child Care WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief se compromete a:

A. Reconocer que recibir el suplemento anual en su totalidad está condicionado a completar dos periodos de seis meses. Una entrega será emitida después de cada periodo, basado en el nivel de educación y el horario de trabajo del beneficiario durante el periodo de seis meses finalizado. No se emitirá ninguna parte del premio si el participante deja su programa antes de completar todo el periodo de compromiso de seis meses. El tiempo de permiso o el receso de verano no se puede contar hacia la finalización de un periodo de compromiso. Los nuevos solicitantes deben estar empleados en el momento de la confirmación de empleo. El empleo se verifica después de que un periodo 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 estar empleado cuando el dinero está disponible con el fin de ser elegible.

B. Mantener el empleo en un programa con licencia durante todo el periodo de compromiso y notificar a Child Care WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief sobre cualquier cambio en la licencia.

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 tarifa por hora y el número de horas trabajadas cada semana.

D. Permitir que el personal de Child Care WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief libere información sobre la participación, incluyendo la educación, al director y/o propietario.

E. Reconocer que los fondos para los suplementos son proporcionados a través de la Division of Child Development and Early Education. Los pagos dependerán de la disponibilidad de fondos, el empleador del beneficiario no es responsable de proporcionar el suplemento si los fondos dejan de estar disponibles.

F. Informar y pagar impuestos personales sobre suplementos anuales, como es requerido por la legislación fiscal vigente.

G. Reconocer que Early Years 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 WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief será requerido por el destinatario en el caso de que se emita un suplemento 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 Child Care WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief y reconozco que debo continuar cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de ese programa con el fin de recibir suplementos en curso. Para ser considerado para un suplemento salarial entiendo que mi información de contacto y de mi participación se puede ser divulgada a la Division of Child Development and Early Education, North Carolina Partnership for Children, asociaciones de Smart Start, y otros socios. La información también puede ser compartida con TEACH Early Childhood® Scholarship Program según sea necesario para mantener mi participación. Autorizo y doy mi consentimiento para la liberación y el intercambio de dicha información por Early Years a los terceros descrito. Por este medio libero a Early Years de cualquier responsabilidad o daños que puedan resultar de la liberación o intercambio de dicha información, incluyendo posibles inexactitudes, errores u omisiones. Al participar en este programa, yo acepto recibir correos electrónicos de Early Years relacionados con el estado de mi solicitud, actualizaciones del programa, información de pago, etc.

Firma del Solicitante ..... Fecha .....

Nombre impreso ..... Condado donde trabaja .....

Envíe su solicitud y la documentación requerida a:

Child Care WAGE$®:
Helene Expansion for Disaster Relief
Early Years
P.O. Box 901
Chapel Hill, NC 27514

Correo Electrónico: wagespages@earlyyearsnc.org
Teléfono: 919-967-3272
www.earlyyearsnc.org

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 informació.

Nombre del solicitante	**Condado**
DCDEE licencia #	**Nombre del programa de cuidado infantil**
Dirección postal del programa	
Telefónica del programa ( )	**Dirección de correo electrónico del programa**

Posición de Empleo

- ○ Educador de cuidado infantil familiar
- ○ Asistente de Maestro /Ayudante
- ○ Maestro/maestra líder
- ○ Asistente del director
- ○ Flotador
- ○ Director
- ○ Propietario/Director
- ○ Otro (Indique título de la posición completa): .....

*****Si el candidato cumple más de una posición, se debe especificar .....

Trabaja el solicitante en un aula de NC Pre-K? ○ **Sí** ○ **No**	**Trabaja el solicitante en un aula de Head Start?** ○ **Sí** ○ **No**

Las edades de los niños en el cuidado de este solicitante (si procede)

- ○ Bebés
- ○ Niños de un año
- ○ Niños de dos años
- ○ Niños de tres años
- ○ Niños de cuatro años
- ○ Niños de cinco años
- ○ Edad escolar

Promedio de horas trabajadas a la semana	**¿En promedio, cuántas horas en la semana se pasan directamente con niños de cero a cinco años?**
Si el condidato trabaja en mas de una posición, cuántas horas se trabajan en cada uno.	**Fecha de inicio del solicitante** ...../...../.....

Meses al año su programa está en funcionamiento ○ 12 meses ○ 10 meses ○ Otro .....

¿Con qué frecuencia se paga al solicitante?

○ semanal ○ bisemanal (cada dos semanas) ○ Quincenal (dos veces al mes) ○ mensuales (10 meses) ○ mensuales (12 meses)

¿Cuántos meses al año se le paga al solicitante?

○ 9 meses ○ 10 meses ○ 12 meses ○ Otro .....

¿Cuántos meses al año trabaja el solicitante?

○ 9 meses ○ 10 meses ○ 12 meses ○ Otro .....

Salario bruto anual actual	**Tasa por hora actual**
Clasificación de estrellas *Circule uno* **1 2 3 4 5**	***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 a Early Years con información sobre empleados que han solicitado un suplemento 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 suplemento salarial. Suplementos de Child Care WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief 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)

Early Years 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 Early Years por escrito que deseamos revocar esta autorización. NOTA: Early Years transmitirá su pago electrónicamente en función de la información que haya proporcionado. Si la transmisión falla porque nos ha proporcionado información incorrecta o desactualizada, Early Years 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 WAGE$®:
Helene Expansion for Disaster Relief
Early Years
P.O. Box 901
Chapel Hill, NC 27514
Teléfono: 919-967-3272
Correo Electrónico: wagespages@earlyyearsnc.org
www.earlyyearsnc.org

CHILD CARE WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief

NCDHHS Division of Child Development and Early Education

Child Care WAGE$®: Helene Expansion for Disaster Relief está financiado por la subvención federal # 2601NCCCDX, por un total de $11,384,154 a lo largo de un periodo de tres años, proveniente de DHHS Office Administration for Children and Families/NC DHHS y DCDEE con una financiación federal del 100 %. El contenido es responsabilidad del beneficiario de la subvención y puede no reflejar los puntos de vista o políticas oficiales; tampoco debe interpretarse como un respaldo por parte de la entidad otorgante o del Gobierno de los Estados Unidos.

 © Early Years