

Child Development Training Consortium (CDTC)

Información del Participante 2007-2008

Colegio: _____

Regrese a: _____ **Fecha Debida:** _____

Tiene que contestar todas las preguntas o le regresaremos esta forma. Por favor escriba en maquina o letra de molde con tinta azul o negra

A. Información Del Estudiante (El Estudiante debe contestar las siguientes preguntas de esta sección)

Numero de seguro social: (Los ultimos cuatro numeros de su seguro social son requeridos) XXX-XX- ____ ____ ____ ____

Numero de identificación del estudiante: _____

Nombre del estudiante: (primero) _____ (Iniciale) _____ (Apellido) _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de casa: (_____) **Teléfono de trabajo:** (_____) _____

Información de Profesión o Carrera

¿Ha participado en el programa de CDTC anteriormente? Si No No estoy seguro

Género: Masculino Femenino

Fondo Étnico: Africano-Americano Indio-Americano o Natal de Alaska Asiático o de la isla Pacifica AngloSajón
 Hispano Varias razas Decidir no contestar Otro (especificar): _____

¿Cual permiso de Desarrollo Infantil tiene al momento? (marque uno)

Ninguno Asistente Maestro Asociado Maestro Maestro Principal Supervisor de Centro Director de Programa
 Permiso Instruccional de niños Permiso Supervisorio de centro de niños Otro (especificar): _____

¿Cuál es el próximo permiso por cual Ud. desea aplicara? (marque uno)

Asistente Maestro Asociado Maestro Maestro Principal Supervisor de Centro
 Director de Programa Renovar el permiso actual

Posición Actual: (marque los que aplican)

Proveedor del cuidado de niños Asistente/Ayudante Maestro Asociado Maestro Maestro/ Maestro Principal
 Supervisor de Centro Director de Programa Substituto Otro (especificar): _____

Meta de Largo Plazo: (marque los que aplican)

Asistente Maestro Asociado Maestro Maestro Principal Supervisor de Centro Director de Programa
 Proveedor de cuidado de niños Educación elemental Dueño de centro Otro (especificar): _____

Indique las edades de los niños con quien trabaja Infante-Niño (Nacimiento a 3 años)

Preescolar (3 a 6 años) Edad elemental (kinder, antes/después de la escuela o cuidado off-track solamente)

¿Ha asistido a otro colegio comunitario este año? Si No

Si contesto si, escriba el nombre entero del colegio: _____

B. Información actual de matriculación

No apunten las clases de educación física o clases de experiencia de trabajo general. Puede apuntar la experiencia de trabajo en Desarrollo Infantil.

Circule el semestre/termino actual: Verano '07 Otoño 07 Invierno '08 Primavera '08

Departamento / Numero del Curso / Titulo Del Curso	Sección #	Maestro	Numero De Unidades
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Total de Unidades:			

Continuación de Información actual de matriculación en pagina 2

Nombre de Estudiante: (Primero) _____ (Iniciales) _____ (Apellido) _____

Colegio: _____

B. Continuación de Información actual de matriculación

¿Quién paga por su matriculación? (marque todos los que le aplican)

Ud. Mismo Padres BOG Empleador Beca Otro (especificar): _____

¿Quién paga por sus libros? (marque todos los que le aplican)

Ud. Mismo Padres BOG Empleador Beca Otro (especificar): _____

Autorizo que el colegio envíe mis calificaciones a CDTC y confirmo que toda la información proporcionada es verdadera y correcta.

X

Fecha: _____

FIRMA DE ESTUDIANTE

C. Información Del Empleador (Director/Supervisor de centro/Proveedor del cuidado de niños debe llenar y firmar esta sección)
 ≈ No use ninguna abreviatura o silabas iniciales. ≈

Nombre de la Agencia de Empleo: _____ Condado: _____

Domicilio de Agencia de Empleo: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Nombre del Centro y Domicilio: (si es diferente del domicilio de arriba): _____

Numero de licencia: _____, si ud. es el dueño de un negocio del cuidado de niños en su casa incluye una copia de su licencia de DSS, **O**

base por ser exento a tener licencia: (marque uno)

en sitio de escuela adres presentes Militar Tribal
 Agencia de empleo Base en casa Programa de antes o después de la escuela

Fondos recibidos para el programa (marque todos los que le aplican) Ciudad / Municipal Pagos de los padres
 Head Start CA Dept de Educación, División de Desarrollo Infantil (CDE/CDD) fondos directos CDE/CDD Pago Alternativo
 Otro (especificar): _____

Agencia/Tipo de Centro (marque uno): Publico Privado No-Lucrativo Privado Lucrativo
 Proveedor de cuidado de niños en casa con licencia

Nombre y titulo de persona verificando el empleo: _____

Nombre

Titulo

Verifico que el estudiante nombrado arriba esta empleado por esta agencia.

X

Teléfono: _____ Fecha: _____

FIRMA DE EMPLEADOR

D. Campus Coordinator Certification Section (El Coordinador debe completar y firmar esta sección)

≈Solamente para el uso del coordinador. El perfil original debe ser entregado al CDTC≈

I certify this student is eligible for CDTC services and has been enrolled according to CDE/CDD priorities:

Priority # (if applicable): _____ Date Received: _____

Coordinator Approval: (Required for CDTC processing)

X

Date: _____

COORDINATOR SIGNATURE