

Beca administrativa para las personas que no son administradores

- a. **Este formulario es requerido para cualquier solicitante que pida una beca para realizar un curso sin titulación académica para cumplir con el requisito de 3 créditos de director para la licencia de la Oficina de la Primera Infancia (OEC por sus siglas en inglés) cuyo puesto de trabajo en la página de perfil en el Registro de la OEC NO figure como administrador.**
- b. Con el fin de apoyar mejor el éxito en estos cursos, las personas que soliciten esta ayuda de beca **deben tener alguna participación directa en la autoridad de toma de decisiones de las operaciones diarias del programa.**
- c. Este formulario DEBE ser **completado por el solicitante y firmado por el supervisor o propietario del programa** (es decir, el Director, el Presidente de la junta directiva, el Representante autorizado de recursos humanos).
- d. Cargue este formulario cumplimentado en su cuenta del Registro en Documentos estándar.

Su información

| | |
|--|--------|
| Su nombre legal: | |
| Su número de identificación en el Registro (9 dígitos empezando por 100): | |
| Su puesto de trabajo: | |
| ¿Está asignado a un aula de forma regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene usted participación directa en la autoridad de toma de decisiones de las operaciones diarias del programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si respondió No, NO envíe este formulario) | |
| El abajo firmante afirma que la información proporcionada en este formulario es verdadera, precisa y completa bajo pena de declaración falsa de conformidad con Conn. Gen. Stat. sección 53a-157b. | |
| Firma del solicitante dando fe de la veracidad de la solicitud: | Fecha: |

Información del curso

| |
|---|
| Número y nombre del curso: |
| Universidad que ofrece el curso: |
| Fecha de inicio del curso: |
| IMPORTANTE: Debe ponerse en contacto con su Asesor de educación de la OEC para solicitar la beca después de cargar este formulario. |

Información del supervisor / propietario (debe completarse después de haber completado todo lo anterior)

| | |
|--|------------------------|
| Nombre legal del programa: | |
| Dirección del programa: | |
| Número de licencia del programa: | |
| Nombre del supervisor / propietario: | |
| Puesto de trabajo del supervisor en el programa: | |
| Número de teléfono del supervisor, incluido el número de extensión: | |
| Dirección de correo electrónico del supervisor: | |
| El abajo firmante afirma que la información proporcionada en este formulario es verdadera, precisa y completa bajo pena de declaración falsa de conformidad con Conn. Gen. Stat. sección 53a-157b. | |
| Firma del supervisor: | Fecha en que se firma: |

Si lo prefiere, puede escribir la mayoría de los campos de este formulario. A continuación, imprima el formulario para las firmas e iniciales (o DocuSign)

Este formulario tiene una validez de 30 días a partir de la firma del supervisor.

El personal del Registro de la OEC puede auditar los formularios al azar y ponerse en contacto con el solicitante y / o la persona encargada de la verificación.

Tenga en cuenta que la OEC puede auditar los formularios de verificación.

V2: 07-2024