

## **PROGRAMA DE CUOTA MEJORADA DEL DHS Instrucciones para la Solicitud de Renovación**

Al seguir estas instrucciones puede ayudar a que el proceso y la documentación sigan avanzando. Espere recibir aviso de su estado por medio del correo postal en dos semanas aproximadamente. Tenga la confianza de llamar a los números listados a continuación en cualquier momento si tiene cualquier pregunta o si podemos ayudarle en algo.

1. Debe completar y adjuntar la Forma de Inscripción del Registro de Oregon  
Tan sólo llene su nombre, dirección postal y demás información solicitada.
2. Complete la Forma de Solicitud de Renovación del Programa de Cuota Mejorada del DHS.

### **Punto 1**

Llene su nombre y demás información solicitada.

### **Punto 2**

Llene la fecha cuando complete esta forma de renovación.

### **Punto 3**

Aquí es donde usted nos muestra cualquier capacitación y educación requeridas que ha completado.

Para poder solicitar una renovación de su certificado de elegibilidad del Programa de Cuota Mejorada del DHS, sus capacitaciones en primeros auxilios para bebés y niños, resucitación cardiopulmonar para bebés y niños (CPR, por sus siglas en inglés) y su permiso de manipulador de alimentos deben estar actualizados. Sírvase recordar que es responsabilidad suya renovar dichas capacitaciones, según sea necesario.

Llene la fecha cuando completó cada una de las tres sesiones de capacitación y adjunte una copia del certificado de finalización para cada sesión. Debe completar cada una de dichas sesiones de capacitación para reunir los requisitos de elegibilidad para la Renovación del Programa de Cuota Mejorada del DHS.

### **Punto 4**

Describa las 8 horas de Capacitación y Educación Continua requeridas que haya tomado en los últimos dos años. Esta capacitación es adicional a la requerida en el punto número 3. Llene el nombre de la capacitación, el tema cubierto, el número de horas de capacitación completadas, la fecha cuando terminó la capacitación y adjunte sus certificados y/o documentación de capacitación.

### **Punto 5**

**Acuerdo de Capacitación:** Sírvase leer la declaración del acuerdo, firme su nombre e ingrese la fecha en el espacio proporcionado.

Su Solicitud de Renovación del Programa de Cuota Mejorada del DHS no puede ser procesada sin su firma.

Para completar su Renovación, regrese la FORMA DE SOLICITUD DE RENOVACIÓN DEL PROGRAMA DE CUOTA MEJORADA DEL DHS a la dirección listada en la Forma de Renovación.

Como parte de la Profesión de Cuidado y Educación Infantil su arduo trabajo y capacitación seguirán siendo reconocidos. Nosotros en el Centro para Desarrollo Profesional en Cuidado y Educación Infantil de Oregon esperamos colaborar con usted mientras se esfuerza para enriquecer las vidas de los niños, jóvenes y familias de Oregon.

**¡Gracias! Recuerde que... ¡el trabajo que realiza es importante!**



**Registro de Oregon: Senderos para el Reconocimiento Profesional en el Cuidado y Educación Infantil  
(Pathways to Professional Recognition in Childhood Care and Education)  
Programa de Capacitador del Registro de Oregon**

**FORMA DE INSCRIPCIÓN**

1. Nombre \_\_\_\_\_  

<i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>
-----------------	----------------------	-----------------------
2. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_  
*(El OCCD generará un número de identificación combinando su fecha de nacimiento y # de SS)*
3. Últimos **CINCO** dígitos de su # de Seguro Social  -
4. Dirección postal: \_\_\_\_\_  
*Calle o Apartado Postal (PO Box)*

<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>C.P.</i>	<i>Condado</i>
---------------	---------------	-------------	----------------
5. Teléfono diurno: (     )     \_\_\_\_\_ FAX: (     )     \_\_\_\_\_

Teléfono nocturno: (     )     \_\_\_\_\_
6.  Ya he completado una Forma de Inscripción y no tengo cambios que reportar.      Ya he completado una Forma de Inscripción y estoy brindando información actualizada nueva
7. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
8. Lugar de empleo: \_\_\_\_\_  
*Si trabaja por cuenta propia, favor de brindar su nombre comercial*
9. Puesto: \_\_\_\_\_
10. De los siguientes, ¿en qué entorno trabaja? ¿Qué tarea(s) tiene?

<input type="radio"/> Cuidado infantil familiar registrado con la División de Cuidado Infantil <input type="radio"/> Cuidado infantil familiar certificado con la División de Cuidado Infantil <input type="radio"/> Cuidado infantil exento con la División de Cuidado Infantil <input type="radio"/> Personal de un programa de cuidado infantil de un centro con licencia de la División de Cuidado Infantil <input type="radio"/> Personal de un programa de cuidado infantil de un centro o preescolar exento con la División de Cuidado Infantil <input type="radio"/> Personal de un programa de edad escolar (antes o después de la escuela) <input type="radio"/> Personal de un programa <i>Head Start</i> o <i>Head Start Pre-K</i> de Oregon <input type="radio"/> Personal de un programa de Padres Adolescentes de Preparatoria y Desarrollo Infantil <input type="radio"/> Personal de un programa de Intervención Temprana y Educación Especial para la Niñez Temprana <input type="radio"/> Otro (bibliotecario, mentor, etc.): _____	<input type="radio"/> Personal de grados elementales K-4 <input type="radio"/> Familiar o amigo de la familia que brinda cuidado <input type="radio"/> En el hogar de un menor (por ejemplo, niñera) <input type="radio"/> Personal de un programa de Recursos y Derivaciones de Cuidado Infantil <input type="radio"/> Personal de agencia estatal <input type="radio"/> Servicios de apoyo a familias <input type="radio"/> Personal de un Programa de 2 ó 4 años de educación superior sobre la niñez temprana <input type="radio"/> Capacitador <input type="radio"/> Asesor privado
---	--

*Las siguientes tres (3) preguntas son opcionales. Utilizamos esta información para observar nuestra capacidad de incluir a todos los tipos de poblaciones.*

11. ¿Cuál (UNO) antecedente étnico o racial lo describe MEJOR? Tenga la confianza de escribir otra palabra para describir su identidad étnica o cultural si su preferencia no está listada.

<input type="radio"/> Blanco, no hispano, no latino <input type="radio"/> Blanco, hispano, latino <input type="radio"/> Negro, no hispano, no latino <input type="radio"/> Negro, hispano, latino	<input type="radio"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático o isleño del Pacífico <input type="radio"/> Otro: _____
--	---
12. ¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_  
¿Habla otro(s) idioma(s) además de su idioma principal?      Sí      No  
Si contestó "Sí" ¿qué otro(s) idioma(s) habla? \_\_\_\_\_
13. Sexo      Femenino      Masculino



**14. Antecedentes Educativos**

- o Registro de Oregon Paso: \_\_\_\_\_
- o Menos que un diploma de escuela preparatoria
- o Diploma de escuela preparatoria Año: \_\_\_\_\_
- o Desarrollo de Educación General  
(*General Educational Development: GED*) Año: \_\_\_\_\_
- o Asociado en Desarrollo Infantil  
(*Child Development Associate: CDA*) Año: \_\_\_\_\_
- o Certificado de universidad, escuela o asociación profesional en: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
- o Título en letras, ciencias o ciencias aplicadas u otro título universitario  
de 2 años en: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
- o Licenciatura en letras o ciencias u otro título universitario de 4 años en: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
- o Maestría en letras, ciencias o educación u otra maestría en: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
- o Doctorado en filosofía, educación u otro doctorado en: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_
- o Otro; favor de especificar el título y campo de estudio: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**15. CONFIDENCIALIDAD**

El Centro para Desarrollo Profesional en Cuidado y Educación Infantil de Oregon (*Oregon Center for Career Development in Childhood Care and Education: OCCD*) **no** divulga información a ninguna persona o agencia, bajo ninguna circunstancia:

- Etnia
- Número de Seguro Social completo
- Sexo

OCCD compartirá bases de datos con el Departamento de Servicios Humanos con el propósito específico de operar el Programa de Cuota Mejorada (*Enhanced Rate Program*).

**16. OCCD puede compartir su lista de contacto con otros socios estatales u organizaciones profesionales en el campo de cuidado y educación infantil. Sírvase indicar si no desea que su información personal sea divulgada para dicho propósito (nombre, dirección, teléfono, correo electrónico):**

- o No, no deseo que mi información de contacto sea divulgada.

*Si en el futuro desea cambiar el estado de su información, debe notificarle al OCCD por escrito sobre dicho cambio.*

**17. DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

He revisado la información que le he brindado al Centro para Desarrollo Profesional en Cuidado y Educación Infantil de Oregon (*Oregon Center for Career Development in Childhood Care and Education: OCCD*) y doy fe que es verdadera y correcta, que yo sepa. Así mismo acuerdo notificarle al OCCD sobre cualquier actualización o cambio de mi información en cuanto ocurra (por ejemplo, cambio de dirección, cambio de nombre, etc.)

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha de firmado \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre escrito

Gracias. Su forma de inscripción está completa.

Para información y todas las formas que se necesitan para completar una Solicitud del Registro de Oregon para los Pasos 1 al 12, o una Solicitud de Capacitador del Registro de Oregon, consulte el sitio Web ([www.centerline.pdx.edu](http://www.centerline.pdx.edu)), o llame al número de llamada gratuita listado abajo.



## SOLICITUD DE RENOVACIÓN DEL PROGRAMA DE CUOTA MEJORADA DEL DHS

IMPORTANTE: USTED **DEBE** COMPLETAR Y ADJUNTAR  
LA FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL REGISTRO DE OREGON.

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre
2. Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

### 3. CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN REQUERIDAS

Para renovar y mantener su elegibilidad al Programa de Cuota Mejorada del DHS, debe mantener actualizadas sus capacitaciones en primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar para bebés y niños (CPR, por sus siglas en inglés) y su tarjeta de manipulador de alimentos. Sírvase indicar, en el espacio proporcionado, cuándo completó las sesiones de capacitación siguientes.

**Únicamente adjunte fotocopias de sus certificados actuales; no envíe originales.**

Capacitación	Fecha de Terminación
Primeros auxilios para bebés y niños	
Resucitación cardiopulmonar para bebés y niños (CPR)	
Permiso de manipulador de alimentos	

### 4. CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUAS

Para renovar y mantener su elegibilidad actual al Programa de Cuota Mejorada del DHS, debe mostrar que ha completado **8 horas de capacitación relacionada al cuidado infantil**. Esta capacitación es adicional a la capacitación que listó en el punto número 3.

**Nota:** Cada sesión de capacitación individual únicamente puede ser **contada una vez**, sin importar el número de veces que se haya tomado.

En el espacio provisto a continuación, sírvase listar su capacitación y **únicamente adjunte fotocopias de sus certificados**.

Para documentar su capacitación, la cual debe estar relacionada al campo de cuidado infantil, puede usar:

- Certificados de terminación de parte de organizaciones capacitadoras que listen su nombre, la fecha del curso, el nombre del curso, el tema de la capacitación y el número de horas.
- Certificados de estudios de universidades comunitarias, públicas o privadas.
- Registros oficiales de capacitación de una organización o agencia que listen la fecha, el nombre y las horas de cada capacitación, acompañados por una carta **en papel membretado** de su lugar de empleo que verifique la capacitación.
- Una carta **en papel membretado** de la organización capacitadora que verifique la fecha, el nombre y las horas de capacitación que completó.

No se aceptarán otras formas de documentación de capacitación.

*(Consulte la Página 2 para el recuadro de Capacitación y Educación Continuas)*



**RECUADRO DE CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN CONTINUAS**

Nombre de la Capacitación (Sírvase adjuntar una lista adicional de capacitación de ser necesario)	Tema	Horas	Fecha de Terminación	Para Uso de Oficina

**5. ACUERDO DE CAPACITACIÓN**

Entiendo que para **renovar** mi elegibilidad para el Programa de Cuota Mejorada del DHS, debo mantener **actualizadas** mis certificaciones en primeros auxilios para bebés y niños, resucitación cardiopulmonar para bebés y niños (CPR, por sus siglas en inglés) y mi tarjeta de manipulador de alimentos.

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

**Para completar su Renovación, regrese:**

- **la FORMA DE RENOVACIÓN DEL PROGRAMA DE CUOTA MEJORADA DEL DHS**

Ahora... ¡Ha terminado! Envíe por correo postal sus dos formas y las fotocopias de sus certificados de capacitación a:

**Portland State University – OCCD  
Attn: ERP-Renewal  
PO Box 751  
Portland, OR 97207-0751**

**¿Preguntas?**

Comuníquese por teléfono con el OCCD:  
Llamada gratis 1.877.725.8535; ó  
503.725.8532;

O envíele un mensaje de correo electrónico al OCCD a:  
centerline@pdx.edu

*(Información adicional sobre el Programa de Cuota Mejorada se encuentra en la página 3...)*



## ¡¡EXTRA!!! ¡¡BONO!!

### ¿Cómo se relaciona el Programa de Cuota Mejorada del DHS con el Registro de Oregon?

¡Los requisitos de capacitación para la renovación del Programa de Cuota Mejorada del DHS son los mismos que los requisitos de capacitación para el Paso 2 del Registro de Oregon!

### ¿Qué es el Registro de Oregon?

El **Registro de Oregon** es un programa voluntario a nivel estatal para documentar y reconocer los logros profesionales de gente que trabaja en la profesión de cuidado y educación infantil.

### ¿Qué significa eso para mí?

Cuando se aprueba su elegibilidad para renovación del programa de Cuota Mejorada del DHS, también será aprobado automáticamente para el Paso 2 del Registro de Oregon. Para mayor información sobre el Registro de Oregon puede visitar el sitio Web del OCCD en [www.centerline.pdx.edu](http://www.centerline.pdx.edu), o puede llamarle gratis al OCCD al 1.877.725.8535 para pedir que se le envíe por correo información sobre el Registro de Oregon.

### ¿Qué debo hacer si tengo más capacitación y educación y deseo ser aprobado para un paso más elevado que el Paso 2 del Registro de Oregon?

Si tiene más capacitación y educación, presente una solicitud para un Paso del Registro de Oregon más elevado. Complete una Solicitud del Registro de Oregon. Para recibir una copia del **Paquete de Solicitud del Registro de Oregon** con información, instrucciones y formas, puede visitar el sitio Web del OCCD en [www.centerline.pdx.edu](http://www.centerline.pdx.edu), o puede llamarle gratis al OCCD al 1.877.725.8535 para pedir que se le envíe por correo el paquete de Solicitud del Registro de Oregon.

