УПРАВЛЕНИЕ ПО ВОСПИТАНИЮ И ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

СЕРТИФИКАТ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ.
ПАКЕТ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ СЕРТИФИКАЦИИ КАНДИДАТОВ, РАБОТАЮЩИХ В ПРОГРАММАХ ПО ВОСПИТАНИЮ И ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ШТАТА МАССАЧУСЕТС

**СВЯЖИТЕСЬ С EEC ПО НОМЕРУ ТЕЛЕФОНА (617)988-6600
И ПОПРОСИТЕ ПЕРЕКЛЮЧИТЬ ВАС НА ОТДЕЛ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ИЛИ ЖЕ СВЯЖИТЕСЬ С EEC ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ
EECPROFDEV@MASS.GOV**

**ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА
ВЕРСИЯ ПРИЛОЖЕНИЯ: ФЕВРАЛЬ 2018 Г.**

ПАКЕТ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ СЕРТИФИКАЦИИ КАНДИДАТОВ, РАБОТАЮЩИХ В ПРОГРАММАХ ПО ВОСПИТАНИЮ И ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ШТАТА МАССАЧУСЕТС

ВВЕДЕНИЕ

Данный пакет документов предоставляет информацию, которая поможет кандидатам правильно заполнить заявление. Пожалуйста, до подачи заявления, внимательно ознакомьтесь с требованиями к квалификации касаемо сертификации и часто задаваемыми вопросами.

Примечание: кандидаты, в настоящее время проживающие вне штата Массачусетс и не задействованные в лицензированных программах штата Массачусетс, должны заполнить *заявление для проживающих за пределами штата или страны (Out of State and International Application).* Кандидаты с международной курсовой работой также должны заполнить *заявление для проживающих за пределами штата или страны* (*Out of State and International Application).*

ЧТО ТАКОЕ СЕРТИФИКАЦИЯ ЕЕС?

Чтобы работать в крупной программе по уходу за детьми в качестве педагога, ведущего педагога или директора, вы должны быть сертифицированы ЕЕС. Существуют шесть позиций:

Педагог младенцев-детей дошкольного возраста	Ведущий педагог младенцев-детей дошкольного возраста	Директор I
Педагог дошкольного образования	Ведущий педагог дошкольного образования	Директор II

Пожалуйста, ознакомьтесь с нормой 606 CMR 7.09(18) (ЕЕС, Дополнительные требования к крупным программам и программам по уходу за детьми школьного возраста, предназначенным для детей младше школьного возраста). Для получения более детальной информации, пожалуйста, посетите *http://www.mass.gov/edu/birth-grade-12/early-education-and-care/licensing/licensing-resources-for-group-and-school-age-child-care-programs/licensing-regulations-for-group-and-school-age-child-care.html*

КТО МОЖЕТ ПОДАВАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ?

Заявления будут обрабатываться только от педагогов, **работающих** или **ищущих работу** в программе воспитания и обучения детей младшего возраста в штате Массачусетс.

Пожалуйста, учтите:

- Кандидаты, в настоящее время проживающие вне штата Массачусетс и не задействованные в лицензированных программах штата Массачусетс, должны заполнить *заявление для проживающих за пределами штата или страны (Out of State and International Application).*
- Кандидаты с международной курсовой работой также должны заполнить *заявление для проживающих за пределами штата или страны* (*Out of State and International Application).*

КАК ПОДАВАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СЕРТИФИКАТА ПЕДАГОГА

1. Вы должны заполнить заявление на получение сертификата педагога EEC (стр. 4 и 5)
2. Подать заполненное заявление с необходимой сопутствующей документацией, которая может включать что-либо (или все) из следующего:

    a. Официальный табель успеваемости или распечатанная электронная версия с прикрепленной страницей аутентификации.
    Копии не принимаются.
    b. Копия аттестата об окончании средней школы или экзамен для получения сертификата (G.E.D.), ***если вы подаете заявление на позицию педагога ИЛИ младше 21 года.***
    c. Копия документа с присвоением степени, в случае отсутствия оной в официальном табеле успеваемости.
    d. Форма(ы) подтверждения прохождения практики, подтверждающая(ие) прохождение практики под руководством ведущего педагога или директора EEC. ***Кандидаты не могут подтверждать собственное прохождение практики или вносить изменения в подписанные формы.***
    e. Копия лицензии, если вы обладаете лицензией «PreK- Grade 3» от Отдела начального и среднего образования (DESE).
    f. Оригинал «Child Development Associate» (CDA) от национального совета подтверждения квалификации (National Council of Recognition), сертификат Монтессори или сертификат «Early Intervention Specialist» (диплом работника здравоохранения штата Массачусетс). ***Копии не принимаются; оригинал документа будет возвращен вам заказным почтовым отправлением после проверки.***
    g. Оригинальные свидетельства о прохождении обучения от одобренной EEC организации, указывающей, что обучение одобрено для CEU. ***Копии не принимаются; оригинал документа будет возвращен вам заказным почтовым отправлением после проверки (PDP или подтверждение посещения семинаров не являются заменой CEU и не принимаются).***

Направляйте заявление в EEC по следующему почтовому адресу:

Department of Early Education and Care
Professional Qualifications Unit
51 Sleeper St. 4th Floor
Boston, MA 02210

Кандидатам, у которых отсутствует необходимая документация или которые не соответствуют любому критерию EEC, будет направлено уведомление с пояснениями и вариантами последующих действий.

Примечание: кандидаты могут создать PQ-профиль (требование согласно нормам), однако это **НЕ** является сертификацией кандидата. Сертификация EEC может быть получена только путем, указанным в данном документе.

В случае возникновения вопросов свяжитесь с EEC:

Телефон: (617)988-6600 (попросите переключить на Отдел профессиональной подготовки)

Электронная почта: eecprofdev@mass.gov

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СЕРТИФИКАТА О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

Пожалуйста, заполните данное заявление и приложите всю сопутствующую документацию. Не полностью заполненные заявления и заявления с недостающей документацией будут возвращены вам для повторной подачи уже с учетом запрошенных материалов.

ОТМЕТЬТЕ ОДИН ИЗ ПУНКТОВ

☐ Это моя первая подача заявления в ЕЕС

☐Обновленное заявление для сертификата № _____ для _____

ФИО: _____

Имя Второе имя Фамилия

Девичья фамилия (если применимо): _____ Дата рождения: __/__/__

(требуется)

Последние четыре цифры номера социального страхования: XXX-XX-__ __ __ __

Электронная почта: _____

(Требуются последние четыре цифры номера SSI)

Домашний адрес: _____

Улица Кв. №

_____

Город Штат Почтовый индекс

Домашний номер телефона: (___) _____ Рабочий номер телефона: (___) _____

Мобильный номер телефона: (___) _____

Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса): _____

Улица Кв. №

_____

Город Штат Почтовый индекс

For Office use only:	
Date Received:	Certified for: T(IT) T(PS) LT (IT) LT (PS) DI DII
Reviewed by:	Date Certificate Issued: Certificate #:
Reviewed Date:	Incomplete Letter Sent:

ПОЖАЛУЙСТА, ПРИЛОЖИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ:

☐ Заявление (подписанное и датированное) **(обязательно)**

☐ Официальный табель успеваемости или распечатанная электронная версия с прикрепленной страницей аутентификации.
Копии не принимаются **(обязательно)**

☐ Копия аттестата об окончании средней школы или экзамен для получения сертификата (G.E.D.), **если вы подаете заявление на позицию педагога ИЛИ младше 21 года (если применимо)**

☐ Копия документа о присвоении степени, в случае отсутствия оной в официальном табеле успеваемости **(если применимо)**

☐ Форма(ы) подтверждения прохождения практики, подтверждающая(ие) прохождение практики под руководством ведущего педагога или директора EEC. ***Кандидаты не могут подтверждать собственное прохождение практики или вносить изменения в подписанные формы.***

☐ Копия лицензии от Отдела начального и среднего образования (DESE). Ознакомьтесь с разделом допустимых лицензий **(если применимо)**

☐ Оригинал «Child Development Associate» (CDA) от национального совета подтверждения квалификации (National Council of Recognition), сертификат Монтессори или сертификат «Early Intervention Specialist» (диплом работника здравоохранения штата Массачусетс). *Копии не принимаются; оригинал документа будет возвращен вам заказным почтовым отправлением после проверки* **(если применимо)**

☐ Оригинальные свидетельства о прохождении обучения от одобренной EEC организации, указывающая, что обучение одобрено для CEU. ***Копии не принимаются; оригинал документа будет возвращен вам заказным почтовым отправлением после проверки (PDP или подтверждение посещения семинаров не являются заменой CEU и не могут быть приняты).***

☐ Храните копию полного пакета документов **(обязательно)**

ПРИМЕЧАНИЕ: предоставляйте только необходимую документацию. Пожалуйста, НЕ отправляйте резюме, формы CORI, информацию про курсы оказания первой помощи или первичных реанимационных действий (CPR), или медицинскую информацию.

ЗАВЕРЕНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ

(Требуется подпись)

Я подтверждаю, что вся информация, указанная выше, является достоверной и точной.

Подпись кандидата: _____ Дата _____

Отправьте заявление в EEC по следующему почтовому адресу:

Department of Early Education and Care
Professional Qualifications Unit
51 Sleeper St. 4th Floor
Boston, MA 02210

ПРОВЕРКА EEC ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ/ОПЫТА РАБОТЫ

Заполняется работодателем (ведущим педагогом или директором программы) центра по уходу за детьми штата Массачусетс *(малая или большая группа)*

Сертифицируется EEC, кандидаты должны обладать подтвержденным опытом прохождения практики по уходу за детьми до 7 лет (еще не поступившими в первый класс) или детьми с особыми потребностями до 16 лет.

Название центра *(где проходилась практика)* *(Пожалуйста, укажите номер программы, если применимо)*

Адрес центра

ФИО кандидата

Адрес кандидата

Пожалуйста, скопируйте данную форму, если даты отличаются для каждой позиции/возрастной группы.

ПОЗИЦИЯ: (ОТМЕТЬТЕ ОДИН ИЗ ПУНКТОВ):

Позиция: _____

ОТМЕТЬТЕ ПОДХОДЯЩУЮ ВОЗРАСТНУЮ ГРУППУ(Ы)):

☐ Младенцы-дети дошкольного возраста (Возраст: 0 месяцев – 2,9 года)
☐ Детсадовцы (Возраст: от 2,9 до 5 лет)
☐ Детсадовцы /Школьный возраст (Возраст: от 2,9 до 6 лет)
☐ Комбинированная. Дети дошкольного возраста / Детсадовцы (Возраст: от 15 месяцев до 5 лет)
☐ Дети с особыми потребностями? Если да, укажите возраст _____

ОТМЕТЬТЕ ВИД ПРАКТИКИ:

☐ Общая практика

☐ Практика в аккредитованном колледже или университете (количество зачетных часов семестра должно быть подтверждено официальным табелем успеваемости **и** данная форма должна быть подписана руководителем высшего учебного заведения).

УКАЖИТЕ ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ: Практика проходила более 12 ч/неделю?

С: Мес/День/Год по: Мес/День/Год **Нужное обвести:** **Да** или **Нет** Если нет, то сколько часов/неделю___

___/ __ /__ ___/ __ /____

ВРЕМЕННОЙ ДИАПАЗОН ПРАКТИКИ (ОТМЕТЬТЕ ОДИН ИЗ ПУНКТОВ):

☐ Полный год (январь-декабрь) ☐ Учебный год (сентябрь-июнь)

Я подтверждаю, что вся информация, указанная выше, является достоверной и точной.

Имя печатными буквами: _____ Подпись: _____

Дата: _____Позиция: _____Номер сертификата EEC или DESE:_____

Телефон: _____ Адрес электронной почты: _____

ПОЖАЛУЙСТА, ВЕРНИТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ И ПОДПИСАННУЮ ФОРМУ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ КАНДИДАТУ

ПРОВЕРКА ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ/ОПЫТА РАБОТЫ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

Заполняется только работником «Family Child Care» (FCC)

Практика в качестве работника FCC засчитывается при сертификации, <u>кандидат должен приложить последнюю лицензию</u>. Период проверки пройденной практики/опыта работы составляет 36 месяцев. Все работники FCC должны иметь действительную лицензию; EEC подтвердит эту информацию у специалиста по лицензированию EEC.

Программа EEC FCC № _____ *Лицензия EEC FCC №*_____

Кандидат FCC: _____
Имя Второе имя Фамилия

Адрес FCC: _____
Номер Улица Кв. №

_____

Город Штат Почтовый индекс

ОТМЕТЬТЕ ПОДХОДЯЩУЮ ВОЗРАСТНУЮ ГРУППУ(Ы):

☐ Младенцы-дети дошкольного возраста (Возраст: 0 месяцев – 2,9 года)
☐ Детсадовцы (Возраст: от 2,9 до 5 лет)
☐ Детсадовцы /Школьный возраст (Возраст: от 2,9 до 6 лет)
☐ Комбинированная. Дети дошкольного возраста / Детсадовцы (Возраст: от 15 месяцев до 5 лет)
☐ Дети с особыми потребностями? Если да, укажите возраст _____

ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ:

С: _____/_____/_____ по _____/_____/_____
Мес/День/Год Мес/День/Год

Я подтверждаю, что вся информация, указанная выше, является достоверной и точной.

Имя кандидата FCC: _____
(Разборчиво)

Подпись кандидата FCC: _____
(Требуется подпись)

Номер телефона: _____ **Дата:** _____

ПРОВЕРКА ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ/ОПЫТА РАБОТЫ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

Заполняется только ассистентом работника «Family Child Care» (FCC)

Практика в качестве ассистента работника FCC засчитывается при сертификации, пока работник FCC является сертифицированным ведущим педагогом EEC. <u>Кандидат должен приложить сертификат в качестве ассистента работника FCC и сертификат ведущего педагога или директора EEC, работника FCC</u>.

Программа EEC FCC № _____ *Лицензия EEC FCC №*_____

Кандидат FCC: _____

Имя Второе имя Фамилия

Адрес FCC: _____

Номер Улица Кв. №

_____

Город Штат Почтовый индекс

ОТМЕТЬТЕ ПОДХОДЯЩУЮ ВОЗРАСТНУЮ ГРУППУ(Ы):

☐ Младенцы-дети дошкольного возраста (Возраст: 0 месяцев – 2,9 года)
☐ Детсадовцы (Возраст: от 2,9 до 5 лет)
☐ Детсадовцы /Школьный возраст (Возраст: от 2,9 до 6 лет)
☐ Комбинированная. Дети дошкольного возраста / Детсадовцы (Возраст: от 15 месяцев до 5 лет)
☐ Дети с особыми потребностями? Если да, укажите возраст _____

ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ:
С: ____/___/_____ по _____/____/_____

Мес/День/Год Мес/День/Год

Практика проходила более 12 ч/неделю?
<u>Нужное обвести:</u> Да или **Нет** Если нет, то сколько часов/неделю? _____

Я подтверждаю, что вся информация, указанная выше, является достоверной и точной.

Имя работника FCC: _____ **Подпись работника FCC:** _____
(Требуется подпись)

Номер сертификата EEC ведущего педагога или директора FCC_____

Номер телефона: _____ **Дата:** _____