DEPARTAMENTO DE CUIDADO Y EDUCACIÓN TEMPRANA

PAQUETE DE SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PROFESIONAL PARA SOLICITANTES QUE TRABAJAN EN PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y CUIDADO INFANTIL TEMPRANO EN MA

PÓNGASE EN CONTACTO CON EEC AL
(617)988-6600
PREGUNTE POR LA
UNIDAD DE CALIFICACIÓN PROFESIONAL O ENVÍE UN CORREO ELECTRÓNICO A EEC A
EECPROFDEV@MASS.GOV

CUIDADO Y EDUCACIÓN TEMPRANA
SOLICITUD REVISADA: FEBRERO DE 2018

PAQUETE DE SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PROFESIONAL PARA SOLICITANTES QUE TRABAJAN EN PROGRAMAS DE CUIDADO Y EDUCACIÓN TEMPRANA EN MA

INTRODUCCIÓN

Este paquete de solicitud incluye información para ayudar a los solicitantes a completar una solicitud correctamente. Por favor revise cuidadosamente el documento de Requisitos de Certificación de Calificaciones Profesionales y Preguntas Frecuentes antes de completar esta solicitud.

Nota: Los solicitantes que actualmente viven fuera de Massachusetts y no trabajan dentro de los programas con licencia de Massachusetts, deben completar la Solicitud *Fuera del Estado y la Solicitud Internacional. Los* solicitantes con cursos internacionales deben completar la *Solicitud de Extranjería y la Solicitud Internacional.*

¿QUÉ ES LA CERTIFICACIÓN EEC?

Para trabajar en un programa de cuidado de niños en un centro grande como maestro, maestro líder o director, un educador debe estar certificado por EEC. Hay seis posiciones:

Maestro de Infantes-Niños Pequeños	Maestro Principal de Bebés y Niños Pequeños	Director I
Maestro de Preescolar	Maestro Principal de Preescolar	Director II

Consulte el reglamento 606 CMR 7.09(18) de la EEC, Requisitos Adicionales para los Programas de Cuidado Infantil de Grupos Grandes y en Edad Escolar que Atienden a niños Menores de la Edad Escolar. Para obtener más información, visite 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*

¿QUIÉN PUEDE APLICAR?

Las solicitudes sólo se procesarán para educadores **que trabajen** o **busquen trabajo** en un programa de cuidado y educación temprana en Massachusetts.

Por favor, Tenga en Cuenta:

- Los solicitantes que actualmente viven fuera de Massachusetts y no trabajan dentro de los programas con licencia de Massachusetts, deben completar la *Solicitud Fuera del Estado y la Solicitud Internacional.*

- Los solicitantes con cursos internacionales deben completar la *Solicitud de Extranjería y la Solicitud Internacional.*

CÓMO SOLICITAR LA CERTIFICACIÓN DE CALIFICACIÓN DE EDUCADOR

1. Los solicitantes deben completar esta solicitud de Certificación de Calificación de Educador de la EEC (páginas 4 y 5)
2. Presente la solicitud completa con la documentación de apoyo requerida, que puede incluir cualquiera (o todas) de las siguientes:

    a. Transcripción oficial de la universidad o transcripción electrónica con la página de autenticación adjunta.
    No se aceptan copias.

    b. Copia del Diploma de Escuela Secundaria o G.E.D*.* ***si solicita un puesto de maestro O si el solicitante es menor de 21 años de edad.***

    c. Copia del título si no está en la transcripción oficial.

    d. Formulario(s) de Verificación de Trabajo que verifica(n) la(s) experiencia(s) laboral(es) por un Maestro Líder o Director supervisor de EEC. ***Los solicitantes no pueden verificar su propia experiencia ni alterar los formularios firmados.***

    e. Copia de la Licencia si usted tiene una Licencia PreK- Grado 3 del Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE).

    f. Asociado Original de Desarrollo Infantil (CDA) del Concilio Nacional de Reconocimiento, Certificado Montessori, o Certificado de Especialista en Intervención Temprana (MA DPH). ***No se aceptan copias; el original le será devuelto por correo certificado una vez verificado.***

    g. Certificados de cursos originales de una organización aprobada por una EEC que indiquen que el entrenamiento está aprobado por los CEUs. ***No se aceptan copias; el original le será devuelto por correo certificado una vez verificado. (los PDP o la verificación de asistencia al taller no son sustitutos de los CEU y no se pueden aceptar).***

Envíe la Solicitud por correo a EEC:

Professional Qualifications Unit
51 Sleeper St. 4th fl
Boston, MA 02210

Los solicitantes que carezcan de documentación o no cumplan con los criterios de calificación de la EEC serán devueltos con un aviso de explicación y seguimiento.

Nota: Obtener un número de Registro de Calificación Profesional (PQR) (que es requerido por la regulación) **NO** certifica a los solicitantes. La certificación EEC sólo puede obtenerse a través del proceso definido en este paquete de solicitud.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con EEC al:

Teléfono: (617)988-6600 (pregunte por la Unidad de Calificación Profesional)

Email: eecprofdev@mass.gov

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CALIFICACIÓN PROFESIONAL

Por favor complete toda esta solicitud y adjunte toda la documentación requerida. Las solicitudes incompletas o la falta de la documentación necesaria se le devolverán para que las vuelva a enviar con los materiales solicitados.

MARQUE UNO

☐Esta es mi primera aplicación a EEC

☐Actualización de solicitud de Certificado # _____ para _____.

Nombre: _____

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Apellido de Soltera (si corresponde): _____ Fecha de nacimiento: __/__/__

(se requiere DOB)

Los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social: XXX-XX-__ __ __ __ Correo electrónico: _____

(Se requieren los últimos cuatro dígitos del SSI#)

Dirección de la Casa: _____

Calle Apto. #

_____

Ciudad/Pueblo Estado Código Postal

Teléfono de Casa: (___) _____ Teléfono del trabajo (___) _____ Teléfono celular (___) _____

Dirección Postal (si es diferente a la de su casa): _____

Calle Apto. #

_____

Ciudad/Pueblo Estado Código Postal

Para uso exclusivo de la Oficina:	
Fecha de Recibida:	Certificado por: T(IT) T(PS) LT (IT) LT (PS) DI DII
Revisado por:	Fecha de Emisión del Certificado: Certificado #:
Fecha de Revisión:	Carta Incompleta Enviada:

POR FAVOR ADJUNTE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS REQUERIDOS:

☐ Formulario de solicitud (firmado y fechado) **(requerido)**

☐ Transcripción oficial de la universidad o transcripción electrónica con la página de autenticación adjunta.
No se aceptan copias. **(Obligatorio)**

☐ Copia del Diploma de Bachillerato o G.E.D. **si solicita un puesto de maestro O si el solicitante es menor de 21 años de edad (si corresponde).**

☐ Copia del título si no está en el expediente académico **(si corresponde)**

☐ Formulario(s) de Verificación de Trabajo que verifica(n) la(s) experiencia(s) laboral(s) relacionada(s) por un supervisor de EEC, Maestro Jefe o Director. ***Los solicitantes no pueden verificar su propia experiencia ni alterar los formularios firmados.***

☐ Adjunte una copia de su licencia del Departamento de Educación Primaria y Secundaria (DESE). Consulte la sección para obtener una lista de licencias aceptables. **(si corresponde)**

☐Asociado Original de Desarrollo Infantil (CDA) del Concilio Nacional de Reconocimiento, Certificado Montessori, o Certificado de Especialista en Intervención Temprana (MA DPH). *No se aceptan copias; el original le será devuelto por correo certificado una vez verificado.* **(si corresponde)**

☐ Certificados de cursos originales de una organización aprobada por una EEC que indiquen que el entrenamiento está aprobado por los CEUs. ***No se aceptan copias; el original le será devuelto por correo certificado una vez verificado (los PDP o la verificación de asistencia al taller no son sustitutos de los CEU y no se pueden aceptar).***

☐ Guarde una copia de su paquete de solicitud completo para sus archivos. **(Requerido)**

NOTA: Presentar sólo la documentación necesaria. Por favor <u>NO</u> envíe currículo, formularios CORI, Primeros Auxilios, Resucitación Cardiopulmonar (CPR), o información médica.

DECLARACIÓN JURADA DE LA SOLICITUD

(Se requiere firma)

Doy fe, a mi leal saber y entender, de que toda la información aquí contenida es verdadera y exacta.

Firma del Solicitante: _____ Fecha _____

Envíe la Solicitud por correo a EEC:

Professional Qualifications Unit
51 Sleeper St. 4th fl
Boston, MA 02210

VERIFICACIÓN EEC DE LA EXPERIENCIA PRÁCTICA/TRABAJO BASADA EN EL CENTRO

Para ser completada por el empleador (Maestro Líder o Director del Programa) en un centro de cuidado infantil en Massachusetts *(Grupo Pequeño o Grande)*

Para ser certificado por EEC, los solicitantes deben tener verificación de experiencia en el cuidado de niños menores de 7 años (aún no matriculados en primer grado) o niños con necesidades especiales menores de 16 años.

_____

Nombre del Centro *(donde se obtuvo la experiencia)* Dirección del Centro

_____

Nombre del Solicitante

_____

Dirección del Solicitante

Por favor copie este formulario para completar una hoja separada si las fechas son diferentes para cada posición/grupo de edad.

POSICIÓN: (MARQUE UNO):

Posición: _____

MARQUE EL(LOS) GRUPO(S) DE EDAD CORRESPONDIENTE(S):

☐ Bebés/Niños Pequeños (De 0 meses a 2.9 años de edad)

☐ Preescolar (2.9 a 5 años de edad)

☐ Edad preescolar/escolar (de 2,9 a 6 años)

☐ Niños Pequeños y Preescolares mixtos (de 15 meses a 5 años de edad)

☐ ¿Necesidades Especiales? En caso afirmativo, indique las Edades _____.

MARQUE EL TIPO DE EXPERIENCIA LABORAL:

☐ Experiencia laboral general

☐ Práctica a través de un Colegio o Universidad acreditada (El crédito del curso para el practicum debe ser verificado por la transcripción oficial **y** este formulario firmado por el supervisor del colegio).

INDIQUE LAS FECHAS DE TRABAJO:

De: Mes/Día/Año hasta: Mes/Día/Año

___/ __ /__ ___/ __ /____

Tuvo experiencia laboral de más de 12 horas por semana

Círculo Uno: Sí o **No** Si no, ¿cuántas horas/semana?___

TIPO DE AÑO (MARQUE UNO):

☐ Todo el año (Enero a Diciembre) ☐ Año escolar (Septiembre a Junio)

Doy fe, a mi leal saber y entender, de que toda la información aquí contenida es verdadera y exacta.

Nombre en Letra de Molde: _____ Firma: _____

Fecha: _____Título: _____Certificado EEC # o Certificado DESE #:_____

Teléfono: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO DE EXPERIENCIA LABORAL COMPLETADO Y FIRMADO AL SOLICITANTE

VERIFICACIÓN DE PRACTICUM/EXPERIENCIA LABORAL CUIDADO INFANTIL FAMILIAR

Para ser Completado sólo por un Proveedor de Cuidado infantil Familiar (FCC)

La experiencia laboral como proveedor de FCC cuenta para la certificación, el solicitante debe adjuntar su licencia de programa más reciente. Hasta los últimos 36 meses se verificará la experiencia laboral. Todos los proveedores de la FCC deben tener una licencia al día; EEC confirmará esta información verificando con el Licenciador de EEC y el supervisor de Licencias asignados.

Programa EEC FCC # _____ *Licencia EEC FCC #*_____

Solicitante de la FCC: _____

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección de FCC: _____

Número Calle Apt. #

_____

Ciudad/Pueblo Estado Código Postal

MARQUE EL(LOS) GRUPO(S) DE EDAD CORRESPONDIENTE(S):

☐ Bebés/Niños Pequeños (De 0 meses a 2.9 años)
☐ Preescolar (2.9 a 5 años)
☐ Niños Pequeño/Preescolar Mixtos (de 15 meses a 5 años de edad)
☐ Edad preescolar/Escolar (de 2,9 a 6 años)
☐ ¿Necesidades Especiales? Si la respuesta es sí, indique Edades _____

FECHAS DE EXPERIENCIA:

De: _____/_____/_____ a _____/_____/_____/_____
DD/MM/YEAR DD/MM/YEAR

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información consignada es verídica y exacta.

Nombre del solicitante de FCC:
_____

(Por favor escriba o imprima con claridad)

Firma del solicitante de FCC: _____

(Se requiere firma)

Número de teléfono: _____ **Fecha:** _____

VERIFICACIÓN DE PRACTICUM/EXPERIENCIA LABORAL
CUIDADO INFANTIL FAMILIAR

Para ser completado por un Asistente de Cuidado Infantil Familiar (FCC) solamente

La experiencia de trabajo como asistente de un proveedor de FCC cuenta para la certificación siempre y cuando el proveedor de FCC esté certificado como maestro líder de EEC. <u>El solicitante debe adjuntar su Certificación de Asistente de FCC y la Certificación de Maestro Líder o Director de EEC del Proveedor de FCC</u>.

Programa EEC FCC # _____ *Licencia EEC FCC #*_____

Asistente Aplicante de FCC:

_____

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección de FCC:

_____

Número Calle Apt. #

_____

Ciudad/Pueblo Estado Código Postal

MARQUE EL(LOS) GRUPO(S) DE EDAD CORRESPONDIENTE(S):

☐ Bebés/Niños Pequeños (De 0 meses a 2.9 años)
☐ Preescolar (2.9 a 5 años)
☐ Niños Pequeño/Preescolar Mixtos (de 15 meses a 5 años de edad)
☐ Edad preescolar/Escolar (de 2,9 a 6 años)
☐ ¿Necesidades Especiales? Si la respuesta es sí, indique Edades _____

FECHAS DE EXPERIENCIA:
De: _____/____/_____ a _____/_____/_____

DD/MM/YEAR DD/MM/YEAR

¿La experiencia laboral fue de más de 12 horas por semana?

<u>Circulo Uno</u>: Sí o **No** Si **No**, ¿cuántos? _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información consignada es verídica y exacta.

Nombre del proveedor de FCC: _____ **Firma del Proveedor de FCC:** _____

(Se requiere firma)

Maestro Líder proveedor de FCC/Director Certificado EEC #_____

Número de teléfono: _____ **Fecha:** _____