

PROGRAMA ESTATAL DE BECAS DE OREGON

**¡Queremos DARLE
dinero para financiar su
desarrollo profesional!**

**¡La Iniciativa para la Primera Infancia John & Betty Gray de
la Fundación de la Comunidad de Oregon puede AYUDARLE!**

Si USTED:

- Es un Proveedor Familiar de Cuidado de Niños Registrado
- Trabaja en un Centro Certificado de Cuidado de Niños, Programa **Post-Horario Escolar** (para edades de escuela primaria e intermedia), Hogar Certificado de Cuidado Familiar de Niños o un Centro de Cuidado de Niños Exento

Las becas PUEDEN ayudarle a pagar SUS costos de:

Capacitación Aprobada de Instructor del Registro de Oregon Grupo Dos y Grupo Tres

ofrecidos a través de programas de recursos y referencia de cuidado de niños o co-patrocinados por las siguientes organizaciones profesionales:

- Asociación de Oregon para la Educación de Niños Pequeños (OAEYC)
- Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños (NAEYC)
- Organización de Recursos para Proveedores (PRO)
- Asociación de Directores de Cuidado de Niños de Oregon (OACCD)
- Coalición de Edad Escolar de Oregon (OSAC)
- Alianza Nacional de Programas Post-Horario Escolar (NAA)
- Asociación Nacional para Cuidado Familiar de Niños (NAFCC)

Las **tarifas de inscripción** para **Conferencias** profesionales ofrecidas por las organizaciones arriba mencionadas, con las siguientes **condiciones**:

- Sólo se financiará el valor que pagan los miembros en el primer plazo del registro
- OCCD debe recibir la solicitud por lo menos 10 días hábiles antes de la fecha de la conferencia

Los costos de Colegios Comunitarios que cumplan con los siguientes criterios:

- Matrícula para cursos que permita a los participantes tomar clases hasta ser elegibles para otra asistencia financiera o para fondos de becas
- Pueden financiarse hasta 4 créditos por trimestre en el área de cuidado y educación de la niñez (se requiere comprobante de inscripción antes de otorgar la beca)
- Tarifas de transcripción de créditos del CDA y del paso 7 del Registro de Oregon a Colegios Comunitarios

Certificación Profesional, Comprobación de Credenciales, Acreditación

- Tarifas relacionadas con CDA (evaluación, observación y renovación)
- Tarifas de acreditación –NAEYC, NAA, NAFCC
- Tarifas de solicitud del Registro de Oregon

Evaluación de Título Obtenido Fuera del País o tarifas de Traducción

Tarifas y Curso de Desarrollo Educativo General (GED)

Para recibir una solicitud de becas o para más información, comuníquese con:

El Centro de Oregon para el Desarrollo Profesional en Cuidado y Educación de la Niñez

Personal de becas: teléfono 503-725-8535, o sin cargo 1-877-725-8535

Correo electrónico: occdscholarship@pdx.edu

Sitio web: www.centerline.pdx.edu



Centro de Oregon para Desarrollo Profesional en Cuidado y Educación de la Niñez



Si necesita ayuda en español, por favor llame al Centro al 1 (877) 725-8535

Programa Estatal de Becas de Oregon para Desarrollo Profesional Paquete de Solicitud de Beca para el año fiscal 2008 - 2009

Gracias por su interés en el Programa Estatal de Becas de Oregon para Desarrollo Profesional, patrocinado por la Iniciativa de la Primera Infancia de John y Betty Gray de la Fundación de la Comunidad de Oregon. Una vez que usted haya sido aprobado, las becas pueden ayudarlo a financiar su desarrollo profesional en el campo del cuidado y educación de la niñez. El programa le ayudará a lograr su acreditación, certificación o a pagar por la capacitación relacionada con el cuidado y educación de la niñez y los costos educativos tendientes a la realización o certificación en: CDA, Registro de Oregon, acreditación de NAFCC, programas de grado asociado en artes (AA) o asociado en ciencias (AS). El monto anual de la beca no puede exceder \$650 y está sujeto a disponibilidad de fondos.

Elegibilidad para la beca

- Las personas interesadas deben trabajar directamente con niños en un establecimiento licenciado por la División de Cuidado de Niños (registrado o certificado), o en un Centro de Cuidado de Niños legalmente exento de licencia. Esto incluye a empleados del Programa Head Start Migratorio que quedaron cesantes involuntariamente debido a la naturaleza estacional de sus puestos, pero que son elegibles para recontractación.
- Cada aspirante puede tener acceso a un máximo anual de \$650 en becas (desde el 1º de julio hasta el 30 de junio), y está sujeto a disponibilidad de fondos.
- La beca se otorga para metas profesionales específicas y actividades de desarrollo profesional específicas.

Información de pagos

Las becas se otorgan por orden de llegada y OCCD no tiene obligación de brindar apoyo financiero si:

1. La actividad solicitada tiene lugar después de Junio 30, 2009.
2. No se presentó la documentación necesaria para demostrar la realización de la actividad.
3. La actividad tiene lugar antes de que se apruebe la Solicitud de Pago por Vale/Reembolso.
4. No hay fondos disponibles.

Hay dos tipos de pago: un Pago por Vale y un Pago por Reembolso. Por favor lea con cuidado la siguiente definición para comprender la diferencia.

Pago por Vale: Una vez aprobada su solicitud, OCCD le enviará un vale (voucher). Este vale es prueba de que la oficina de OCCD en PSU pagará el costo correspondiente directamente a la organización. Presente este vale cuando se vaya a registrar o a inscribirse en una actividad para su desarrollo profesional.

Pago por Reembolso: Un reembolso es un pago hecho directamente a usted. La oficina de OCCD debe pre-aprobar la solicitud de reembolso. La solicitud de reembolso debe incluir copias de documentación financiera que demuestren que el solicitante pagó con fondos personales tales como: recibos originales de pago personal, extractos bancarios/de tarjeta de crédito, copias por ambos lados de un cheque/giro postal o recibos de tarjetas bancarias. Usted también debe presentar una copia de la documentación que demuestre que ha realizado la actividad; por ejemplo la copia "no oficial" de un Colegio Comunitario (College), un certificado de sesión de capacitación, un certificado de Paso del Registro de Oregon, un certificado de CDA, etc. Los reembolsos se pagarán directamente a usted y a nadie más, ni siquiera a su empleador. Los reembolsos se pagarán de acuerdo con los procedimientos y políticas del Sistema Universitario de Oregon.

¿Tiene preguntas?

Comuníquese con el personal de becas de OCCD al 503-725-8535, llamada gratuita al 1-877-725-8535, por correo electrónico a occdscholarship@pdx.edu, o visite www.centerline.pdx.edu

En esta solicitud se usaron las siguientes abreviaturas:

CDA: Asociado en Desarrollo Infantil
FIS: Fundación para Servicios Internacionales (traducción/ evaluación de títulos)
NAA: Alianza Nacional de Programas Post-Horario Escolar
NAEYC: Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños

NAFCC: Asociación Nacional para el Cuidado Familiar de Niños
OACCD: Asociación de Directores de Cuidado de Niños de Oregon
OAEYC: Asociación de Oregon para la Educación de Niños Pequeños
OSAC: Coalición de Edad Escolar de Oregon
PRO: Organización de Recursos para Proveedores



Si necesita ayuda en español, por favor llame al Centro al 1 (877) 725-8535

Pasos simples que debe seguir para llenar los requisitos del Programa Estatal de Becas de Oregon para Desarrollo Profesional

*Apoyo becario para lograr la obtención de credenciales profesionales,
certificación y acreditación profesional.*



Complete ambos lados del Formulario de Inscripción (quedando así inscrito en el Registro de Oregon y en el Programa de Becas) así como también la Forma de Elegibilidad y Experiencia Profesional, e incluya toda la información que se solicita. Si está listo para solicitar financiamiento por un entrenamiento, clase o certificación específica, llene la **Solicitud de Pago por Vale/Reembolso**. Incluya los documentos que se solicitan para evitar que su solicitud sea regresada. Envíela a OCCD por correo o fax (503.725.5430)



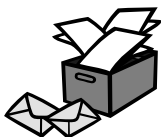
Si usted es aprobado para una beca, recibirá una carta de felicitación y un formulario en blanco de la **Solicitud de Pago por Vale/Reembolso**.



Una vez aprobado en el Programa de Becas, llene y presente la **Solicitud de Pago por Vale/Reembolso** cuando esté listo para solicitar una certificación o para inscribirse en un curso que apruebe esta beca. Esta solicitud nos indica cómo es que debe utilizar su beca. Si necesita otra copia en blanco de esta solicitud, comuníquese con OCCD o visite www.centerline.pdx.edu. (Si solicita reembolso, recuerde llenar la forma W-9)



Cuando OCCD apruebe la solicitud, usted recibirá una carta de **aprobación**.



Presente una copia del Vale junto con su solicitud / inscripción a la organización que ofrece la certificación ó capacitación. Guarde una copia para sus archivos. **Recuerde enviar por correo/fax una copia de sus certificados, etc. a OCCD cuando finalice su clase/capacitación.**



Llame o envíe un correo electrónico al personal de becas de OCCD si tiene alguna pregunta. Teléfono 503.725.8535, llamada gratuita 1.877.725.8535, correo electrónico occdscholarship@pdx.edu, www.centerline.pdx.edu

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Usted **DEBE** completar los incisos N°1 al 6 para todas las solicitudes

1. Nombre: _____
Apellido Primer nombre Intermedio Nombre(s) Anterior(es)

2. Fecha de nac (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____ 3. Últimos **CINCO** dígitos del N° de su Seguro Social: -

4. Domicilio postal: _____
Calle o apartado postal

Ciudad Estado Código postal Condado

5. Teléfono principal: (____) _____ Teléfono secundario: (____) _____

Teléfono celular: (____) _____ FAX: (____) _____

6. Marcar únicamente **UNO** y continuar con las instrucciones proporcionadas:
 Ya completé los incisos N° 7 al 15, y no tengo cambios para informar. Ir directamente a los incisos N°16 y 17
 No completé los incisos N° 7 al 15 o necesito actualizar cierta información en los incisos N° 7 al 15. Continúe y complete los incisos N° 7 al 17.

7. Dirección electrónica: _____

8. Lugar de trabajo: _____
Si es autónomo, proporcione el nombre del negocio

9. Posición/Cargo: _____

10. ¿ Qué tipo de licencia de la División de Cuidado de Niños tiene? (*Requerido: Marque sólo UNO*):
 Cuidado de Niños Familiar Registrado Personal de un Centro de Cuidado de Niños Certificado
 Cuidado de Niños Familiar Certificado Personal de un Centro de Cuidado de Niños o Escuela Pre-Escolar
 Cuidado de Niños Familiar Exento Ninguno de lo mencionado

11. ¿ De los siguientes que tipo de trabajo hace? ¿Qué empleo(s) tiene? (*Requerido: Marque todo lo que corresponda*):

<input type="checkbox"/> Cuidado Familiar de Niños	<input type="checkbox"/> En el Hogar de un Niño (por ejemplo, niñera)
<input type="checkbox"/> Cuidado en un Centro	<input type="checkbox"/> Personal de Agencia Estatal
<input type="checkbox"/> Personal de un Programa para Cuidado en Edad Escolar (antes/después de la escuela)	<input type="checkbox"/> Personal del Programa de Recursos y Referencia para Cuidado de Niños
<input type="checkbox"/> Instructor	<input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia Familiar
<input type="checkbox"/> Personal de un Programa de Desarrollo para Padres y Adolescentes de Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> Personal del Programa de Educación Superior de 2 ó 4 Años en Educación para la Niñez Temprana
<input type="checkbox"/> Personal de un Programa de Intervención Temprana/Educación Especial para la Niñez Temprana	<input type="checkbox"/> Personal del Programa Head Start u Oregon Pre-K Head Start
<input type="checkbox"/> Personal para Grados de Primaria K-4	<input type="checkbox"/> Asesor Privado
<input type="checkbox"/> Miembro de la Familia o Amigo de la Familia que Proporciona Cuidado	<input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo Bibliotecario, Mentor, etc.)

Los siguientes tres incisos N°12 al 14 son opcionales. Utilizamos esta información para tener una idea de todas las poblaciones que han participado.

12. ¿Qué ÚNICA herencia racial/étnica lo describe MEJOR? Agregue con total libertad otra palabra para describir su identidad étnica o cultural si su primera opción no aparece en la lista.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco/no hispano/no latino | <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Blanco/hispano/latino | <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro/no hispano/no latino | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Negro/hispano/latino | |

13. ¿Cuál es su idioma primario? _____
 ¿Habla algún otro idioma aparte de su idioma primario? Sí No

De ser así, ¿qué otro idioma(s) habla? _____

14. Sexo Femenino Masculino



15. EDUCACION (Requerido: marque todo lo que corresponda):

- Registro de Oregon Paso: _____
- Menos que un diploma de escuela secundaria
- Diploma de escuela secundaria Año: _____
- Desarrollo Educativo General (GED) Año: _____
- Credencial en Desarrollo Infantil (CDA) Año: _____
- Certificado de colegio, escuela o asociación profesional, en: _____ Año: _____
AA, AS, AAS u otro grado de colegio de 2 años: _____ Año: _____
- BA, BS u otro grado de colegio de 4 años: _____ Año: _____
- MA, MS, Med u otro grado de maestría: _____ Año: _____
- PhD, EdD u otro grado de doctorado: _____ Año: _____
- Otro - Especificar el título y campo de estudio: _____ Año: _____

16. CONFIDENCIALIDAD

- El Centro de Oregon para el Desarrollo Vocacional en Cuidado y Educación de Niños (OCCD) **no** divulgará, bajo ninguna circunstancia, la siguiente información personal como información pública: Patrimonio étnico, sexo, número completo del seguro social.
- OCCD podría compartir información personal necesaria con el Departamento de Servicios Humanos (DHS) con el fin específico de administrar el Programa de Cuota Mejorada (ERP).
- OCCD podría conceder acceso a la información del directorio personal (es decir, nombre, domicilio, condado, teléfono, correo electrónico) como información pública a asociados profesionales seleccionados y apropiados en el campo del cuidado y educación de niños.
- OCCD podría conceder acceso a información individual del estado de un programa (por ejemplo, Paso del Programa del Registro de Oregon, rumbo, grado, credencial, certificado; y tipo, de Certificación del Programa de Instructores del Registro de Oregon, condados donde se ofreció un entrenamiento, idiomas utilizados para la instrucción, sesiones de instrucción) como información pública para asociados profesionales seleccionados en el campo del cuidado y educación de niños.
- Si usted **NO** desea que se divulgue la información de su directorio personal o estado de su programa para estos fines, entonces deberá notificar a OCCD por escrito.
- Usted puede solicitar que OCCD conceda acceso adicional a su solicitud personal o detalles de participación en el Registro de Oregon, Programa de Instructores del Registro de Oregon, o el Programa de Becas John y Betty Gray. Usted puede solicitar que se conceda este acceso a personas específicas como su mentor, su supervisor u otras personas. Usted puede solicitar que ellos tengan acceso a cuestiones tales como el estado de su solicitud (esto es, si ya fue revisada, aplazada, denegada, aprobada), detalles con respecto a su capacitación y educación, pasos que necesitaría dar para recibir la aprobación, etc. Si desea que otros tengan acceso a esta solicitud individual o información sobre el estado de su participación, entonces deberá notificar a OCCD por escrito.

17. DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD (Se requiere firma)

He revisado la información que he proporcionado al Centro de Oregon para el Desarrollo Vocacional en Cuidado y Educación de Niños (OCCD), y doy fe de que es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en notificar a OCCD de toda actualización o cambio en mi información a medida que ocurra (por ejemplo, cambio de domicilio, cambio de nombre, etc.).

Firma

Fecha de la firma

Nombre en letra de molde

Gracias. Su formulario de inscripción ahora está completo. Envíe su formulario completo a:

**Portland State University – OCCD
PO Box 751
Portland OR 97207-0751**

... y será inscrito en el Registro de Oregon como un profesional activo en el campo del cuidado y educación de niños.

Visite nuestro sitio web (www.centerline.pdx.edu), o llámenos sin cargo al 1-877-725-8535 para más información acerca del Registro de Oregon, el Programa de Instructor del Registro de Oregon, organizaciones patrocinadoras o el Programa de Becas Estatales John y Betty Gray.



**Programa Estatal de Becas de Oregon para Desarrollo Profesional
FORMA DE ELEGIBILIDAD Y EXPERIENCIA PROFESIONAL**

A: Elija una de las tres opciones para establecer su elegibilidad durante el período de Julio 1, 2008 a Junio 30, 2009.

- Opción 1: Hogar REGISTRADO de Cuidado Familiar de Niños. **Debe adjuntar** una copia (que esté al día) de su Registro de Cuidado Familiar de Niños de la División de Cuidado de Niños del Estado de Oregon. Pase a la Sección B.
- Opción 2: Personal de un Centro CERTIFICADO de Cuidado de Niños u Hogar CERTIFICADO de Cuidado Familiar de Niños. **Debe adjuntar** una copia (que esté al día) de la certificación de la institución como Centro de Cuidado de Niños u Hogar de Cuidado Familiar de Niños concedida por la División de Cuidado de Niños del Estado de Oregon y hacer que un supervisor llene y firme la Declaración del Supervisor que se incluye más abajo. (Si su supervisor no está disponible, por favor comuníquese con OCCD.)
- Opción 3: Personal de un Centro de Cuidado de Niños EXENTO de obtener licencia de la División de Cuidado de Niños. Un supervisor debe llenar y firmar la Declaración del Supervisor que se incluye más abajo. (Si su supervisor no está disponible, comuníquese con OCCD.)

NOTA: Los empleados del Programa Head Start Migratorio que estén "cesantes" pueden adjuntar, en lugar de la firma del supervisor, una copia de su formulario de "Separación de servicio" indicando que son elegibles para recontractación.

Declaración del Supervisor

Nombre del supervisor: _____
 Nombre de la institución: _____
 Dirección: _____
 Correo electrónico del supervisor: _____
 Teléfono del supervisor: _____ Fax del supervisor: _____

La institución mencionada arriba tiene apoyo financiero limitado ó nulo para costos de desarrollo profesional del personal. Además, si se seleccionó la Opción 3 de arriba, confirmo que la institución está exenta de licencias de la División de Cuidado de Niños.

Firma del supervisor REQUERIDA: _____

B: Por favor conteste las siguientes preguntas sobre usted como profesional.

1. ¿Cuántos años (o meses) ha trabajado usted en esta profesión? Total de años: ____ o Total de meses: ____
2. ¿Cuánto tiempo piensa seguir trabajando en esta profesión?
 - Menos de 1 año 3 a 5 años
 - 1 a 2 años Más de 5 años
3. ¿Cuáles son sus metas profesionales? ¿Profesionalmente qué es lo que esta beca le va a ayudar a lograr en los próximos uno a dos años? *Para ser considerado para esta beca debe marcar **por lo menos una meta** y **debe dar una fecha aproximada.***
 - Lograr un Paso en el Registro de Oregon _____ (fecha)
 - Avanzar en los Pasos del Registro de Oregon _____ (fecha)
 - Conseguir un certificado CDA _____ (fecha)
 - Conseguir un grado de dos años del colegio comunitario _____ (fecha)
 - Conseguir acreditación NAFCC _____ (fecha)
 - Conseguir equivalencia en los Estados Unidos para un título extranjero en la profesión _____ (fecha)

Confirmando que necesito apoyo financiero para desarrollo profesional y que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que la elegibilidad por sí sola no garantiza que yo reciba una beca y que el soporte se otorga de acuerdo con el orden de llegada y según lo permitan los fondos. Al participar del Programa Estatal de Becas para Desarrollo Profesional me comprometo a ser parte de cualquier evaluación futura del programa.

Nombre impreso: _____

Firma

Fecha

Cuando haya terminado, envíe por correo o fax (503-725-5430) sus materiales de solicitud completos a: OCCD -- Portland State University, P.O. Box 751, Portland, OR 97207-0751, Attn: Scholarship

Sólo para uso oficial:		
Fecha de revisión:	Aprobado por:	Fecha de aprobación:



Centro de Oregon para Desarrollo Profesional en Cuidado y Educación de la Niñez



Si necesita ayuda en Español, por favor llame al Centro al 1 (877) 725-8535

Programa Estatal de Becas de Oregon para Desarrollo Profesional Solicitud de Pago por Vale / Reembolso

Llene este formulario cuando esté listo para solicitar apoyo becario para su desarrollo profesional

Nombre: _____

Apellido
Primer nombre
Segundo nombre
Nombre(s) anterior(es)

Dirección postal: _____

Calle o casilla postal
Ciudad
Estado
Código postal

Teléfono principal: (____) _____ Teléfono secundario: (____) _____

Instrucciones: La beca está disponible sólo para los costos específicos indicados en el formulario de la Solicitud de Pago por Vale / Reembolso. Se aceptarán solicitudes de beca hasta Junio 15, 2009. Usted debe solicitar **ya sea** un Vale **o** un Reembolso por cada actividad de desarrollo profesional por la cual esté buscando apoyo. Las actividades que usted elija deben ayudarle a lograr sus metas profesionales indicadas en la pregunta B.3 de la solicitud. Este programa de becas no cubre ningún otro costo adicional. Usted puede elegir más de una actividad y presentar este formulario más de una vez. Los Vales se vencen a los 60 días de su emisión.

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir el costo de una Conferencia o Capacitación Basada en la Comunidad : Las conferencias deben estar patrocinadas por una de las siguientes organizaciones profesionales: OACCD, OAEYC, NAEYC, PRO, NAFCC, OSAC o NAA. Sólo se otorgará el costo de pre-inscripción para miembro. OCCD debe recibir las Solicitudes de Pago por Vales a más tardar 10 días hábiles antes de la fecha de la conferencia. También se cubren los entrenamientos catalogados como Grup Dos ó Grupo Tres de Capacitación Basada en la Comunidad, cuando son ofrecidos por las organizaciones arriba mencionadas, un colegio comunitario, ó el programa de recursos y referencia para cuidado de niños. Organización de capacitación: _____ Fechas de capacitación: _____ Título(s) de la sesión de capacitación: 1) _____ 2) _____	Costo \$
<input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	\$

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir la matrícula de curso de colegio comunitario (en la profesión). Se requiere comprobante de su registro de clase. No se cubren libros, gastos de estacionamiento, ni recargos adicionales. No se financiarán más de 4 créditos por trimestre. Nombre del colegio: _____ Trimestre/Fecha de la clase: _____ Número y título de la clase: (Ejemplo: ECE 103 Early Childhood Observation) 1) _____ 2) _____	Costo \$
<input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	\$
Por cada solicitud después de la tercera clase financiada por la beca, se requiere la firma de su consejero/instructor para asegurar que esta clase contribuirá a su plan de desarrollo profesional (también se acepta correo electrónico/fax del consejero / instructor). Firmado: _____ Fecha: _____	

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir el costo de transcripción por un CDA o Paso 7 del Registro de Oregon con el fin de obtener crédito de colegio comunitario. Debe adjuntar comprobante de la transcripción. <input type="checkbox"/> Transcripción de CDA <input type="checkbox"/> Transcripción del Paso 7 Fecha de la presentación: _____ Nombre del colegio: _____	Costo \$
<input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	\$

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir la matrícula o tarifa del examen de colegio comunitario para realizar el curso GED con el fin de llenar los requisitos para obtener el CDA o ingresar al colegio comunitario. Adjunte prueba de convocatoria al examen o inscripción en la clase. Nombre del colegio: _____ Trimestre/Fecha de la clase: _____ Número y título de la clase: 1) _____	Costo \$
<input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	\$

***Complete la Forma W-9 adjunta, cada vez que solicite un Reembolso**

Continúa al dorso

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir un Paso en el Registro de Oregon (\$10 Pasos 3-12): Paso: _____ Fecha de la solicitud: _____	<input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	\$
---	--	----

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir el costo del Credencial del CDA, Renovación del CDA, ó Segundo Credencial del CDA. Debe adjuntar una copia completa de su aplicación al CDA. <i>OCCD le dará un Vale para incluir con su aplicación al CDA. Comuníquese con CDA para información sobre la aplicación y el programa: www.cdacouncil.org</i> <input type="checkbox"/> Costo del Credencial del CDA (\$325) <input type="checkbox"/> Costo de Renovación del CDA (\$50) <input type="checkbox"/> Costo del Segundo Credencial del CDA (\$225)	<input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	\$
---	--	----

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir el costo de Observación del CDA (Sólo reembolso de \$125). <i>Por favor incluya una copia de su solicitud firmada y fechada que indique que su observación está completa. Comuníquese con CDA para información sobre la solicitud y el programa: www.cdacouncil.org</i>	<input type="checkbox"/> *Reembolso	\$
--	-------------------------------------	----

Solicitud de beca para cubrir el costo de Auto-Estudio del NAFCC, Acreditación, Renovación, ó Re-Acreditación. Se aprobará únicamente el costo de miembros del NAFCC. Debe incluir copia de su aplicación al NAFCC. Para información del NAFCC: www.nafcc.org/ <input type="checkbox"/> Costo de Inscripción del Auto-Estudio (\$330) <input type="checkbox"/> Costo de Acreditación (\$500) <input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> Costo de Renovación (\$150) <input type="checkbox"/> Costo de Re-Acreditación (\$500) <input type="checkbox"/> *Reembolso Fecha de la solicitud: _____	\$
---	----

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir el costo de Traducción/Evaluación de un título extranjero universitario en la profesión. <i>Comuníquese con la Fundación para Servicios Internacionales (FIS) para información sobre la solicitud y estimación de costo. Debe presentar una copia de su solicitud de FIS y una copia de su transcripción o título con su solicitud de Vale.</i> Teléfono: 425-487-2245 www.fis-web.com	<input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	\$
---	--	----

***Complete la Forma W-9 adjunta, cada vez que solicite un Reembolso**

Total: \$

Por favor lea y firme:

- Una vez que complete mis actividades de desarrollo profesional, presentaré a OCCD documentación para demostrar la realización de las mismas, tal como una copia de transcripción, certificado de sesión de capacitación o certificado de CDA.
- Si no utilizo mi Vale, me comunicaré de inmediato con la oficina de OCCD.
- Entiendo que OCCD no tiene obligación alguna de brindar apoyo financiero si la actividad solicitada tiene lugar después de Junio 30, 2009, si no se presentó la documentación necesaria para demostrar la realización de la actividad, o si la actividad tiene lugar antes de que se apruebe la Solicitud de Pago por Vale/Reembolso.
- Entiendo que las becas se otorgan por orden de llegada. El monto máximo anual de la beca no puede exceder los \$650 y está sujeto a disponibilidad de fondos.
- Para una beca de matrícula de colegio comunitario, autorizo la divulgación de mi nombre, dirección y número de seguro social al colegio comunitario con el único propósito de otorgar los fondos de la beca.

Número de seguro social: _____
 (El N° de seguro social **sólo** se requiere para solicitudes de matrícula de colegio comunitario)

Firma	Fecha
--------------	--------------

Cuando haya completado el formulario, envíelo por correo o fax (503-725-5430) junto con toda la información necesaria a:
 OCCD -- Portland State University
 P.O. Box 751
 Portland, OR 97207-0751
 Attn: Scholarship

¿Tiene preguntas? Comuníquese con apoyo becario de OCCD al 503-725-8535/ sin cargo al 1-877-725-8535, por correo electrónico a occdscholarship@pdx.edu, www.centerline.pdx.edu

Sólo para uso oficial			Fecha de revisión:
Aprobado por:	Fecha de aprobación:	Monto: \$	Código de índice:



Programa Estatal de Becas de Oregon para Desarrollo Profesional
W-9(SP) Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente

Se requiere para solicitar reembolsos!

Complete la Forma W-9 abajo. Si desea instrucciones puede solocitarlas. Envíe por correo a OCCD: su Solicitud de Reembolso, comprobantes de pago, documento que demuestra que completó el curso/actividad y la Forma W-9.

Portland State University-OCCD
PO Box 751
Portland, OR 97207-0751
Attn: Scholarship

Tenga en cuenta que *no se aceptarán* facsímiles de la Solicitud de Reembolso.
Preguntas? Llame 1 (877) 725-8535 or (503) 725-8535

Form **W-9 (SP)**
(Rev. julio de 2008)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

**Solicitud y Certificación del Número de
Identificación del Contribuyente**

**Entregue el
formulario a
OCCD. No lo
envíe al IRS.**

Escriba en letra de imprenta o a máquina.	Nombre (tal como aparece en su declaración de impuestos sobre el ingreso)	
	Nombre del negocio, si es diferente al de arriba	
	Marque el encasillado correspondiente: <input type="checkbox"/> Individuo/Empresario por cuenta propia <input type="checkbox"/> Sociedad anónima <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Otro (vea las instrucciones) ► _____ <input type="checkbox"/> Cía. de responsabilidad limitada. Anote la clasificación tributaria (D=entidad no considerada separada; C=Soc. anónima; P=Soc. colectiva) ►	<input type="checkbox"/> Beneficiario exento
	Dirección (número, calle y apartamento u oficina)	Nombre y dirección del solicitante: Portland State University PO Box 751 Portland OR 97207
	Ciudad, estado y código postal (ZIP)	
	Anote el(los) número(s) de cuenta(s) aquí (opcional)	

Parte I Número de identificación del contribuyente (TIN)

Anote su número de identificación del contribuyente en el encasillado correspondiente. El número de identificación del contribuyente debe concordar con el nombre provisto en la línea 1 para evitar la retención adicional del impuesto. Para los individuos, éste es su número de seguro social (SSN). Sin embargo, para un extranjero residente, empresario por cuenta propia o entidad no considerada separada, vea las instrucciones para la Parte I en la página 3. Para otras entidades, es su número de identificación patronal (EIN). Si no tiene un número, vea cómo obtener un TIN, en la página 3.

Nota: Si la cuenta está a nombre de más de una persona, vea la tabla en la página 4 para recibir asesoramiento sobre qué nombre debe escribir.

Número de seguro social

or

Número de identificación del empleador
--

Parte II Certificación

Bajo pena de perjurio, yo declaro que:

- El número que aparece en este formulario es mi número de identificación del contribuyente correcto (o estoy esperando que me asignen un número) y
- No estoy sujeto a la retención adicional de impuestos porque: (a) Estoy exento de la retención adicional o (b) No he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de que estoy sujeto a la retención adicional de impuestos como resultado de no declarar todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional y
- Soy ciudadano de los EE.UU. u otra persona de los Estados Unidos (que se define después).

Instrucciones para la certificación. Debe tachar la partida 2 anterior si el IRS le ha notificado que usted en estos momentos está sujeto a la retención adicional de impuestos porque no declaró todos los intereses y dividendos en su declaración de impuestos. Para las transacciones de bienes inmuebles, la partida 2 no corresponde. Para los intereses hipotecarios pagados, la adquisición o abandono de bienes asegurados, la cancelación de deudas, las contribuciones a un arreglo de jubilación individual (IRA) y, por lo general, los pagos que no sean intereses y dividendos, no se le requiere firmar la Certificación, pero tiene que proveer su número de identificación del contribuyente correcto. Vea las instrucciones en la página 4.

**Firme
Aquí**

Firma de
la persona de los
EE.UU. ►

Fecha ►