



# 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 <b>Conferencia o Capacitación Basada en la Comunidad:</b> 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. OACCD debe recibir las Solicitudes de Pago por Vales a más tardar <b>10 días hábiles antes</b> 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) _____	<b>Costo</b>          \$
<input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir la matrícula de <b>curso de colegio comunitario</b> (en la profesión). <b>Se requiere</b> 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) _____	<b>Costo</b>          \$
<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 <b>costo de transcripción</b> por un CDA o Paso 7 del Registro de Oregon con el fin de obtener crédito de colegio comunitario. <b>Debe adjuntar</b> comprobante de la transcripción. <input type="checkbox"/> Transcripción de CDA <input type="checkbox"/> Transcripción del Paso 7 Fecha de la presentación: _____ Nombre del colegio: _____	<b>Costo</b>          \$
<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 <b>curso GED</b> 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) _____	<b>Costo</b>          \$
<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 <b>Registro de Oregon</b> (\$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 <b>Credencial del CDA, Renovación del CDA, ó Segundo Credencial del CDA. Debe adjuntar</b> una copia completa de su aplicación al CDA. OCCD le dará un Vale para incluir con su aplicación al CDA. Comuníquese con CDA para información sobre la aplicación y el programa: <a href="http://www.cdacouncil.org">www.cdacouncil.org</a> <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)  Fecha de la solicitud: _____	<input type="checkbox"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	\$ _____
--	--	----------

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir el costo de <b>Observación del CDA</b> (Sólo reembolso de \$125). 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: <a href="http://www.cdacouncil.org">www.cdacouncil.org</a>	<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: <a href="http://www.nafcc.org/">www.nafcc.org/</a> <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"/> Vale <input type="checkbox"/> *Reembolso	\$ _____
--	--	----------

<input type="checkbox"/> Solicitud de beca para cubrir el costo de <b>Traducción/Evaluación de un título extranjero universitario en la profesión.</b> 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. Teléfono: 425-487-2245 <a href="http://www.fis-web.com">www.fis-web.com</a>	<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)

<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
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](mailto:occdscholarship@pdx.edu), [www.centerline.pdx.edu](http://www.centerline.pdx.edu)

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