ACUERDO DE PARTICIPACION DEL CENTRO

 Modelo de Beca del Título Técnico

Este acuerdo debe ser completado por el director del centro para maestros y el propietario del centro o el presidente de la junta de directores. *(Marque uno para indicar qué opción prefiere)*

*T.E.A.C.H. Early Childhood® COLORADO*, un programa de becas universitarias para profesionales de la primera infancia, requiere la participación de cada centro de cuidado infantil que emplea al becario. En el caso de que el empleado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reciba una beca, yo entiendo que el centro acepta participar de las siguientes maneras:

* Pagar el 5% del costo de la matrícula por semestre para asistir a una universidad comunitaria o de 4 años. El centro será responsable de cobrar el 5% al beneficiario y de pagar a la universidad el 10% completo. El centro será responsable de pagar a la universidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la factura.
* Proporcionar hasta 2 horas de tiempo libre remunerado por semana mientras el empleado esté inscrito en clases.

*T.E.A.C.H. Early Childhood® COLORADO* reembolsará hasta 2 horas a $ 6.00 la hora por semana que el estudiante asista a clases.

[ ]  Opción Uno

Pagar al empleado un bono de $ 325 al completar el contrato de trabajo de 12 meses. El beneficiario de la beca seguirá siendo un empleado del centro durante doce meses después de completar con éxito 9 a 18 créditos. Los créditos deben completarse dentro de un año calendario.

[ ]  Opción Dos

Darle al empleado un aumento del 2% al completar el contrato de trabajo de 12 meses. Este aumento debe ser superior a cualquier otro aumento esperado.

Nombre del Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Postal del Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de Licencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de Licencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico (Obligatorio): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Imprenta del Personal Autorizado (Director / Propietario) Puesto de Trabajo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Personal Autorizado (Director / Propietario) Fecha

INTERNAL USE: Revision Date 1/24/19