ACUERDO DE PARTICIPACION DEL CENTRO

Beca del Título Técnico – Maestro/a de *KinderCare Education™*

Este acuerdo debe ser completado por el director o por el propietario del centro. *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 20% del costo de la matrícula por semestre para asistir a una universidad comunitaria. El centro será responsable de cobrar el 10% al beneficiario y de pagar a la universidad el 30% completo. El centro será responsable de pagar a la universidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la factura.
* Proporcionar hasta 3 horas de tiempo remunerado por semana mientras el empleado esté inscrito en las clases*. T.E.A.C.H. Early Childhood®* reembolsará hasta 3 horas por semana a $ 6.00 / hora.
* Pagar al empleado $350 cada año cuando se completen al menos 9 créditos.

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

Dirección Postal del Centro (incluya ciudad y código postal): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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