



**Enfoques Comprensivos en el Programa
Raising Educational Standards (CARES Plus) –
Elevación de los Estándares Educativos
2a Ronda**

SOLICITUD Y CERTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

**Período de Aplicación:
1 de Mayo, 2015 – 25 de Septiembre, 2015**

**Fecha Límite de Inscripción:
4:30 pm el Viernes, 25 de Septiembre, 2015**

Sonoma CARES – CCPC – Sonoma County Office of Education
5340 Skylane Boulevard, Santa Rosa, CA 95403
(707) 524-2639 Fax: (707) 524-2666 smarron@scoe.org <http://www.scoe.org/cares>

**Programa CARES Plus de Primeros 5 California
Certificación de Participante de Cumplimiento del Programa**

Certificación de Elegibilidad del Programa

Certifico que cumplo con los requisitos de inscripción para participar en el programa CARES Plus de Primeros 5 California para el año fiscal 2015-2016.

1. Actualmente trabajo un mínimo de 15 horas semanales en un centro con licencia o exento de licencia con niños de 0-5 años de edad

-O-

Actualmente trabajo un mínimo de 15 horas semanales en un programa después de la escuela que tiene un contrato directo con el Departamento de Educación en CA, para subsidios de cuidado de niños.

2. Gano menos de \$60,000 (brutos) al año por trabajar en la educación temprana/cuidado de niños.

Certificación de Expectativas del Programa

Completaré los siguientes requisitos anuales del programa:

- a. Crear un Plan de Crecimiento Profesional y entregarlo una vez finalizado con toda la documentación necesaria de las actividades de desarrollo profesional a mi asesor local de CARES Plus de acuerdo con la fecha que establece el condado o a más tardar el 30 de junio del calendario escolar.
- b. Reunirme con un consejero de CARES Plus dos veces al año para crear y revisar mi Plan de Crecimiento Profesional.
- c. Completar todos los requisitos CORE durante mi primer año de participación.
- d. Completar los requisitos de los componentes de mi Plan de Crecimiento Profesional.
- e. Continuar trabajando durante los siguientes nueve meses en un centro con licencia o exento de licencia con niños de 0-5 años de edad. (Participantes Temporales del Programa Migrante están exentos del requisito de nueve meses.)
- f. Completar anual en línea – Encuesta de Participantes del programa CARES Plus.
- g. Si me seleccionan a través del proceso de selección de CLASS[®], realizaré dos videos de 2 horas de actividades continuas en el salón de clase o permitiré que un observador capacitado realice dos observaciones en persona, una a principios de otoño y la otra a finales de la primavera.
- h. Participar en otras actividades de evaluación de CARES Plus que pueden incluir encuestas o llamadas de seguimiento.
- i. Acordar aceptar la responsabilidad por el cuidado y entrega de cualquier equipo o materiales que me han prestado para completar los requisitos del programa CARES Plus, y utilizar el equipo y los materiales solo para los propósitos autorizados.

He obtenido la autorización del dueño/director para participar plenamente en CARES Plus.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Reconocimiento Sobre Información Personal

Además reconozco que mi información personal obtenida para este programa financiado por el gobierno, está protegida por la Ley de Practicas de Información (Information Practices Act, IPA) (Código Civil, secciones 1798 y *siguientes*). La información personal se define como la información que usted proporciona con este formulario de Solicitud y Certificación del Participante, pero no incluye las evaluaciones de observación (es decir, puntuaciones CLASS®) recogidos con el propósito de la evaluación agregada del programa. Primeros 5 California es la agencia estatal que solicita la información personal para fines de implementar el programa y evaluar los resultados del programa. Según la ley del IPA, tengo derecho a inspeccionar la información personal acerca de mí que mantiene Primeros 5 California o sus agentes, incluyendo la Agencia Principal que ha recibido mi solicitud para participar en este programa, así como el derecho a impugnar el contenido de esta información y que puedo solicitarlos escribiendo a:

Chief Counsel's Office
First 5 California
2389 Gateway Oaks Drive Suite 260
Sacramento, CA 95833
Tel: 916.263.1050
Tel: 916.263.7465
infopracticesact@ccfc.ca.gov

Primeros 5 California es una agencia estatal autorizada por el Código de Salud y Seguridad, secciones 130100 y *siguientes* para implementar y evaluar programas diseñados con el fin de mejorar el desarrollo de niños de 0-5 años de edad y sus familias. CARES Plus es un programa voluntario financiado con dinero de impuestos. Primeros 5 California se encarga de supervisarlos y las Agencias Principales de los condados locales lo implementan a fin de crear oportunidades de desarrollo profesional en la educación temprana. La participación en el programa no es obligatoria sino una oportunidad para el desarrollo profesional de los educadores de la educación infantil temprana. Primeros 5 California pide información personal de los participantes para garantizar que el programa funcione como está previsto y también para realizar estudios y evaluar el impacto que el programa tiene en los participantes y sus clases de educación temprana. La información se utilizará para estos propósitos y se divulgará únicamente a Primeros 5 California y al personal de las Agencias Principales, o a sus asesores, que necesiten esta información para lograr estos propósitos. Comprendo proveer la información que se solicita es un requisito para recibir los servicios y beneficios de este programa y si no doy la información que se solicita, no calificaré para participar en el programa.

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Condado: _____

Información Personal

Primer Nombre:		Segundo nombre (opcional)	
Apellido		Apellido usado anterior (si es aplicable)	
Fecha de nacimiento	/ /	Condado de participación	
Últimos 5 números de su Número de Seguro Social (SSN) (opcional)		Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No deseo contestar
<u>¿Cuál es su etnia/raza? (Seleccione todos los que correspondan.)</u> <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No deseo contestar			
<u>¿Cuál es su idioma principal? (seleccione uno.)</u> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Filipino o tagalo <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Panyabí <input type="checkbox"/> Otro			
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Dirección alternativa			
Ciudad		Estado	Código postal
Tipo de dirección	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		
Número de teléfono		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Correo electrónico			
¿Participó en un programa de desarrollo profesional patrocinado por el condado como CARES o AB 212 entre los años 2000 y 2010?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Participó anteriormente en CARES Plus? (2011 o después)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es la primera vez que solicita participar en CARES Plus, ¿cuántas unidades de Educación Infantil Temprana/ Desarrollo Infantil (ECE/CD) ha completado en total hasta la fecha?			____ Unidades
Numero de años que has sido empleado en la carrera de ECE.			____ Años

<u>Componentes del programa (seleccione el componente que le interesa solicitar.)</u> <input type="checkbox"/> CORE solamente (Nuevos participantes) <input type="checkbox"/> Componente B (Cursos de educación superior, incluyendo CORE para los nuevos participantes)	
---	--

Centro donde trabaja actualmente

Nombre del centro donde trabaja					
Dirección del Centro					
Ciudad		Estado		Código postal	
Número de teléfono				Número de licencia del centro <i>(opcional)</i>	
Nombre y apellido del director/dueño <i>(opcional)</i>					

¿Como describiría el centro donde trabaja o tipo? (seleccione todos los que corresponden.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Head Start (incluyendo Head Start de Educación Temprana y Migrante) | <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil CDE |
| <input type="checkbox"/> Privado/subvencionado (por ejemplo: ciudad, condado, First 5) | <input type="checkbox"/> Escuela pública |
| <input type="checkbox"/> Privado/no subvencionado | <input type="checkbox"/> Base militar |
| <input type="checkbox"/> Preescolar estatal | <input type="checkbox"/> Programa Distintivo Infantil (Child Signature Program) |
| <input type="checkbox"/> Race to the Top – Early Learning Challenge | <input type="checkbox"/> Otro |

Tipo de centro o programa (seleccione uno)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de cuidado infantil/programa de educación infantil temprana con licencia | <input type="checkbox"/> Hogar de cuidado infantil familiar con licencia |
| <input type="checkbox"/> Centro exento de licencia o programa de edad escolar (por ejemplo: Cal-SAFE, centro de cuidado infantil militar, cooperativa de padres) | <input type="checkbox"/> Otro |

Trabajo actual

Fecha que inicio este trabajo	___/___/___
Salario anual aproximado de su empleo en ECE	\$ _____

Si trabaja en un centro o escuela con un programa de ECE, ¿cuál es su posición principal? (seleccione uno.) (Favor de notar, el título de la posición en cual trabajas con niños.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistente / ayudante de maestro | <input type="checkbox"/> Supervisor en el centro | <input type="checkbox"/> Director de varios centros |
| <input type="checkbox"/> Maestro/maestro titular | <input type="checkbox"/> Asistente del director | <input type="checkbox"/> Director ejecutivo |
| <input type="checkbox"/> Maestro/director | <input type="checkbox"/> Director - un centro | <input type="checkbox"/> Otro |
- Personal de enseñanza especializada (por ejemplo: maestro de educación especial, maestro titular supervisor)
- Personal de apoyo profesional (por ejemplo: especialista de plan de estudios, asesor de salud mental)

Si trabaja en un hogar de cuidado infantil familiar, ¿cuál es su posición principal? (seleccione uno.)

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dueño/director | <input type="checkbox"/> Asistente | <input type="checkbox"/> Otro |
|---|------------------------------------|-------------------------------|

Trabajo actual (continuación)

Número total de niños de cada edad inscritos en el salón de clase

- _____ Bebés (de 0 a 17 meses)
- _____ Niños pequeños (de 18 a 35 meses)
- _____ Pre-K (de 36 meses a ingreso a kindergarten)
- _____ Kínder y Edad escolar *(hay que incluir niños entre 0-5 años de edad, o niños en un programa después de la escuela que tiene un contrato directo con el Departamento de Educación de CA, para subsidios de cuidado de niños, para la elegibilidad de CARES Plus)*

Si usted participó anteriormente en el programa CARES Plus...

¿Trabaja usted con niños de una edad distinta este año en comparación con años previos?

- Sí No

¿Cuál es el número total de niños con un Plan Individualizado de Servicios Familiares o un Plan de Educación Individualizado (IFSP/IEP)?

--

¿Cuál es el número total de niños bilingües bajo su cuidado?

--

¿Cuál es el idioma principal que usas para hablar con los niños en el salón de clase? (seleccione uno.)

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Armenio | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Filipino (o tagalo) |
| | <input type="checkbox"/> Cantonés | <input type="checkbox"/> Mandarín | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Panyabí | <input type="checkbox"/> Otro |

Educación

Cuál es su nivel mas alto de estudios (seleccione uno.)

- Menos de un diploma de secundaria o GED
- Diploma de secundaria o GED
- Unos años de universidad
- Titulo de asociado (título de 2 años)
- Licenciatura (o título universitario de 4 años)
- Maestría
- Doctorado u otro título de educación superior

Indique los títulos o diplomas relacionados con la Educación Infantil Temprana (ECE) o Desarrollo Infantil (CD) que haya obtenido hasta la fecha en una universidad acreditada. (Seleccione todos los que correspondan.)

- Titulo de asociado (título de 2 años)
- Maestría
- Licenciatura (o título universitario de 4 años)
- Doctorado u otro título de educación superior

Nivel de permiso de desarrollo infantil que posee (seleccione uno.)

- Asistente
- Maestro titular
- Supervisor en el centro
- Permisos de supervisor de centro infantil
- Maestro adjunto
- Director de programa
- Credenciales de Maestro más 12 unidades en ECE/CD
- No posee permiso
- Maestro Asociado
- Maestro

Preguntas Adicionales

Quiere recibir los materiales y la correspondencia en:

- Ingles
- Español

SOLAMENTE para participantes de Componente B (Clases), por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿A cuál escuela está asistiendo?
 Santa Rosa Junior College (SRJC) Sonoma State University (SSU) Otro _____
2. Si usted asiste al SRJC, ¿Planea transferirse a un colegio/Universidad de 4 años, para el próximo año?
 Sí No No estoy asistiendo al SRJC
3. Al día de hoy, ¿cuántas unidades en educación general (GE) ha completado? _____ # unidades GE
4. ¿Le gustaría participar en uno de nuestros Grupos "Cohort" de Compañeros? Sí No

Al firmar este documento, certifico que toda la información proporcionada más arriba es verdadera y correcta.

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

Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente

Entregue el formulario al solicitante. No lo envíe al IRS.

Escriba en letra de molde o a máquina. Vea instrucciones específicas en la página 3.	1 Nombre (tal como aparece en su declaración de impuestos sobre el ingreso). Se le requiere anotar un nombre en esta línea; no deje esta línea en blanco.	
	2 Nombre del negocio/Nombre de la entidad no considerada como separada de su dueño, si es diferente al de arriba	
	3 Marque el encasillado correspondiente para la clasificación tributaria federal. Marque sólo uno de los siguientes 7 encasillados: <input type="checkbox"/> Individuo/empresario por cuenta propia o LLC de un solo miembro <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo C <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo S <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Fideicomiso/caudal hereditario <input type="checkbox"/> Cia. de responsabilidad limitada (LLC). Anote la clasificación tributaria (C=Soc. anónima tipo C, S=Soc. anónima tipo S, P=Soc. colectiva) ▶ _____ Nota: Para una LLC de un solo miembro que no es considerada separada de su dueño, no marque "LLC". Marque el encasillado en la línea anterior que corresponde a la clasificación tributaria del miembro-dueño único. <input type="checkbox"/> Otro (vea las instrucciones) ▶	4 Exenciones (los códigos aplican sólo a ciertas entidades, no a individuos; vea las instrucciones en la página 4): Código de beneficiario exento (si alguno) _____ Código para la exención de la declaración conforme a FATCA (si alguno) _____ (aplica a las cuentas mantenidas fuera de los EE.UU.)
	5 Dirección (número, calle y número de apartamento o de suite)	Nombre y dirección del solicitante (opcional)
	6 Ciudad, estado y código postal (ZIP)	
	7 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 (TIN, por sus siglas en inglés) en el encasillado correspondiente. El TIN tiene que concordar con el nombre provisto en la línea 1 para evitar la retención adicional del impuesto. Para los individuos, éste es, por lo general, su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Sin embargo, para un extranjero residente, empresario por cuenta propia o entidad no considerada como separada de su dueño, vea las instrucciones para la Parte I en la página 5. Para otras entidades, es su número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés). Si no tiene un número, vea **Cómo obtener un TIN**, en la página 5.

Número de Seguro Social									
				-					

o

Número de identificación del empleador									

Nota: Si la cuenta está a nombre de más de una persona, vea las instrucciones para la línea 1 y la tabla en la página 6 para recibir asesoramiento sobre cuál número debe anotar.

Parte II Certificación

Bajo pena de perjurio, yo declaro que:

- El número que aparece en este formulario es mi número de identificación de 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, por sus siglas en inglés) 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 EE.UU. (definido después) y
- El (los) código(s) de la *Foreign Account Tax Compliance Act* (Ley de Cumplimiento Tributario para Cuentas Extranjeras o FATCA, por sus siglas en inglés) anotado(s) en este formulario (si alguno) indicando que estoy exento de declarar conforme a FATCA es el (son los) correcto(s).

Instrucciones para la certificación. Tiene que 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, por sus siglas en inglés) y, por lo general, los pagos que no sean intereses y dividendos, no se le requiere firmar la certificación, pero tiene que proveer su TIN correcto. Vea las instrucciones en la página 5.

Firme Aquí

Firma de la persona de los EE.UU. ▶

Fecha ▶

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia son del Código Federal de Impuestos Internos, a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos futuros. La información sobre acontecimientos que afecten al Formulario W-9(SP) y sus instrucciones (como legislación promulgada después de que dichos documentos se hayan publicado) está disponible en www.irs.gov/w9sp.

Propósito del formulario

Una persona o entidad (nombrada en el Formulario W-9(SP)) a quien se le requiera presentar una declaración informativa ante el IRS tiene que obtener su TIN correcto, el cual puede ser su SSN, número de identificación del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés), número

de identificación del contribuyente para adopción (ATIN, por sus siglas en inglés) o EIN, para declarar en una declaración informativa la cantidad pagada a usted, u otra cantidad declarada en una declaración informativa. Ejemplos de declaraciones de información incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

- Formulario 1099-INT (interés ganado o pagado)
- Formulario 1099-DIV (dividendos, incluyendo aquellos provenientes de acciones o fondos mutuos)
- Formulario 1099-MISC (diferentes tipos de ingresos, premios, recompensas o ingresos brutos)
- Formulario 1099-B (ventas de acciones o fondos mutuos y ciertas otras transacciones de corredores)



Component B Participantes ONLY RELEASE OF INFORMATION

*Participantes de Componente B SOLAMENTE
PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN*

I give permission to the staff at the **Sonoma CARES Program**, as well as other **staff and faculty at the Santa Rosa Junior College (SRJC) or Sonoma State University (SSU)**, to release OR receive information concerning my (1) educational program and progress including, but not limited to, class records, grades, attendance, academic standing, financial aid records, GED information and assessment test scores; (2) academic textbooks loaned and/or rented through the CARES Text Access program; (3) employment status, participation in the Sonoma CARES program; and (4) services received, assistance needed, and information related to coordination and case management between agencies providing services to me.

Doy mi permiso al personal del **Programa Sonoma CARES**, así como también a **otros miembros del personal y de la facultad de Santa Rosa Junior College (SRJC) o Sonoma State University (SSU)**, para publicar O recibir información concerniente a mi (1) programa educativo y progreso incluyendo, pero no limitado a, archivos de clase, calificaciones, asistencia, nivel académico, archivos sobre ayuda financiera, información de GED y calificaciones de exámenes y evaluaciones; (2) libros de texto académicos prestados y/o rentados a través del acceso al texto de CARES; (3) condición de empleo, participación en el programa Sonoma CARES; y (4) servicios recibidos, ayuda necesitada, e información relacionada a la coordinación y el manejo del caso entre las agencias que me proveen servicios.

This information may be released to or received from the following agencies/personnel/employers:

Esta información puede ser publicada a o recibida de las siguientes agencias/ personal/ empleados:

Applicable to all Students

Aplicable a todos los estudiantes

- Child Care Planning Council
- Sonoma County First 5
- Current or potential employers

Applicable to SRJC Students ONLY

Aplicable a estudiantes de SRJC Solamente

- SRJC
- SRJC Bookstore/Doyle Library
- Child Development Training Consortium

Applicable to SSU Students Only

Aplicable a estudiantes de SSU Solamente

- SSU
- SSU Bookstore

This Release of Information is in effect for one year from the date signed, or until canceled by the participant.

Esta forma de Publicación de Información esta en efecto por un año desde la fecha firmada, o hasta que sea cancelada por el participante.

Participant's name (Please Print): <i>Nombre del Participante: (Letra de Molde Por favor):</i>	Phone/Teléfono: ()
Signature/Firma:	Date/Fecha:



Programa CARES Plus: Limitación de Compartir Datos

Estimado Participante de CARES Plus:

Bienvenido al programa CARES Plus patrocinado por Primeros 5 California.

Primeros 5 California se ha comprometido a mejorar la calidad de cuidado y educación temprana en California. CARES Plus fue diseñado para mejorar la calidad de los programas de cuidado y educación temprana, enfocando en el aumento de la eficacia y la retención de maestras y maestros que trabajan en el campo de cuidado y educación temprana. Queremos saber si CARES Plus funciona bien, y cuales aspectos del programa funcionan mejor. La información que recolectará Primeros 5 California para esta evaluación nos ayudará a aprender más acerca de cómo apoyar y mejorar la fuerza de trabajo de cuidado y educación temprana en California.

La evaluación se enfoca en nuestro programa, no en la evaluación de maestras, maestros, o niños individuales. Se le pide que participe en la evaluación del programa como participante en el programa CARES Plus.

¿Qué significa participar?

Primeros 5 California recopilará información sobre usted relacionada con su papel como maestra o maestro, por ejemplo su preparación y antecedentes laborales. También se le pedirá que participe en una encuesta anónima para compartir su experiencia como participante en el programa CARES Plus.

Es posible que usted sea seleccionado al azar para observaciones de *CLASS*[™]. El instrumento *CLASS*[™] es un método de codificación de la calidad de interacciones entre maestros y niños. Si usted es seleccionado, los observadores visitarán su salón de clases para observar la forma en que interactúa usted con los estudiantes y como es organizado su clase. Como alternativa, a usted se le puede pedir grabar sus interacciones con los alumnos utilizando equipo de grabación proveído por Primeros 5 California. Los evaluadores verán los videos para observar la forma en que interactúa usted con los estudiantes y como es organizado su clase. Los evaluadores aplicarán códigos de observación como parte del proceso de evaluación.

Sólo personas autorizadas tendrán acceso a los datos que usted proporciona al programa CARES Plus. Información personal sobre usted, como su educación y empleo, es necesario para realizar el programa CARES Plus y para ayudar a Primeros 5 California entender cómo el programa ayuda a la fuerza de trabajo de cuidado y educación temprana. La información personal que usted proporciona, como su nombre, número de teléfono, o dirección, nunca se utilizará en los informes de evaluación en manera que se pueda identificar a usted como individuo.

Puede restringir el uso de los datos recogidos sobre usted en cualquier momento por medio de llenar y enviar el formulario de Limitación de Compartir Datos.

¿Qué significa limitación de compartir datos?

Limitación de compartir datos significa que la información recopilada sobre usted por la evaluación no puede ser compartida con otras instituciones u otros investigadores fuera de Primeros 5 California. Por ejemplo, una universidad o una organización de investigación puede solicitar el acceso a datos del programa CARES Plus para su propia investigación. Si usted decide en limitar compartir datos, la información sólo será utilizada para evaluar CARES Plus y no será compartida por Primeros 5 California.

Si opta por limitar el compartir de datos, usted todavía puede participar en CARES Plus, y usted puede seguir como maestra o maestro. Aún así, vamos a recoger información sobre usted relacionada con su papel como maestra or maestro. También se le pedirá que participe en la encuesta anónima de participantes de CARES Plus, y todavía puede ser seleccionado al azar para las observaciones de CLASS™. Si tiene cualquier pregunta usted puede contactar a Lance Vayder al número telefónico (916) 263-2534 o correo electrónico lvayder@ccfc.ca.gov.

Si usted no desea indicar limitación de compartir datos, usted no tiene que hacer nada. Favor de guardar estos formularios por si al caso tenga algunas preguntas en el futuro.

Es la política enfática de Primeros 5 California que los datos recogidos en esta evaluación no pueden ser utilizados para la revisión del desempeño individual, promoción, disciplina, o por decisiones relacionadas con la retención de los maestros, ayudantes o personal de aprendizaje. Si usted mantiene inquietudes sobre el uso inapropiado de los datos de evaluación, usted puede contactar a Lance Vayder al número telefónico (916) 263-2534 o correo electrónico lvayder@ccfc.ca.gov.

Si no desea que la información recolectada sobre usted sea compartida, favor de llenar este formulario y devolverlo a Primeros 5 California.

Participante de CARES Plus: Limitación de Compartir Datos

He recibido información acerca de la evaluación de CARES Plus. El proceso es claro para mí y mis preguntas han sido contestadas en manera satisfactoria.

___ No deseo que Primeros 5 California comparta mi información de evaluación.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

CONDADO: _____

Program Administrator: Please provide the following information before remitting to First 5 California:

County: _____

Participant ID: _____

Keep a copy of this page for your records and send the original to:

Attn: Lance Vayder
First 5 California, Results and Evaluation Division
2389 Gateway Oaks Drive, Suite 260
Sacramento, CA 95833