

Recursos y Derivaciones de Cuidado Infantil

Programa Estatal de Mentorado

INSCRIPCIÓN DEL PRACTICANTE  
(Mentee Enrollment Form)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_ (Identificación = los últimos 5 números de su Seguro Social mas los 8 números de su fecha de nacimiento)  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
(Calle/PO Box) (Ciudad) (Código Postal)  
Teléfono (Hogar): ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): ( ) \_\_\_\_\_ FAX: ( ) \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

EXPERIENCIA: Indique todo lo que corresponda.

Años de experiencia en cuidado de niños: \_\_\_\_\_  
Lugar:  Cuidado Infantil Familiar  Centro  Preescolar  Edad Escolar  Otro:  
Puesto:  Proveedor  Maestro  Maestro Auxiliar  Director  Otro:  
 Trabajo con Bebés y Párvulos  Trabajo con Niños de Edad Escolar  
 Trabajo con Niños Preescolares  Trabajo con Niños con Necesidades Especiales  
 Capacitador de Desarrollo Profesional (Adultos)  Puesto de Defensa o Liderazgo

INTERÉS EN EL PROGRAMA. ¿Cuáles son sus metas profesionales? ¿Por qué quiere participar en una relación de mentorado? ¿De qué manera quiere que el Mentor le ayude o apoye? Marque todo lo que le interese y anote otras áreas que quisiera aprender más o que quisiera mejorar.

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Cuidado de Bebés y Párvulos                 | 9. <input type="checkbox"/> Temas de Dirección y Disciplina                                 |
| 2. <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños de Edad Escolar            | 10. <input type="checkbox"/> Establecimiento del Ambiente                                   |
| 3. <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños con Necesidades Especiales | 11. <input type="checkbox"/> Relaciones con Padres y Familias                               |
| 4. <input type="checkbox"/> Comenzar un Negocio de Cuidado Infantil     | 12. <input type="checkbox"/> Administración de Empresas (mercadotecnia, contratos, pólizas) |
| Desarrollo Profesional:   | 13. <input type="checkbox"/> Acreditación (NAEYC, NAFCC, NSACA)                             |
| 5. <input type="checkbox"/> Registro de Oregon                          | 14. <input type="checkbox"/> Cumplimiento de requisitos de CCD                              |
| 6. <input type="checkbox"/> CDA   |   |
| 7. <input type="checkbox"/> Título en Cuidado Infantil y Educación      |   |
| 8. <input type="checkbox"/> Otro _____                                  | 15. <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

¿Su director, supervisor o el CCD exige que usted participe en este programa?  Sí  No

¿Prefiere hablar un idioma diferente al inglés?  Sí  No  
De ser así ¿qué idioma? \_\_\_\_\_

¿Ha participado como practicante en este programa anteriormente?  Sí  No

Si su respuesta es "sí", ¿quisiera trabajar con el mismo Mentor?  Sí  No  
De ser así ¿quién fue su Mentor? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN OPCIONAL:** La Red de Recursos y Derivaciones de Cuidado Infantil promueve la oportunidad equitativa para todas las personas sin consideración alguna a la raza, el color, la religión, el sexo, el origen nacional, la edad, la discapacidad, la orientación sexual o el estado de veterano. Utilizamos esta información para seguir nuestra capacidad de alcanzar a poblaciones diversas. Por favor siéntase libre de escribir otra palabra para describir su identidad étnica o cultural si su primera opción no se menciona.

Sexo:             Masculino             Femenino

¿Cómo describiría su origen étnico?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano       | <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático            |
| <input type="checkbox"/> Hispano             | <input type="checkbox"/> Multi- étnico                         | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) | <input type="checkbox"/> Otro _____                            |  |

**COMPROMISO DEL PRACTICANTE:** Me comprometo a establecer metas profesionales y a hacer progresos hacia la realización de mis metas profesionales. Me comprometo a estar en contacto regular con mi Mentor y notificar a mi Mentor si no puedo asistir a una reunión de Mentorado.

Firma del Practicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ENVIE ESTA FORMA A LA AGENCIA LOCAL DE RECURSOS Y DERIVACIONES DE CUIDADO INFANTIL LOCAL. Ver el dorso del formulario.**

***Para uso exclusivo de la oficina R&R***

Mentee Referred By:    CCD \_\_\_\_\_            Date: \_\_\_\_\_  
                                   Mentor \_\_\_\_\_            Date: \_\_\_\_\_  
                                   R&R \_\_\_\_\_            Date: \_\_\_\_\_  
                                   Other \_\_\_\_\_            Date: \_\_\_\_\_

Mandated CCD Goal(s): \_\_\_\_\_

Mentee assigned to:    Mentor Name: \_\_\_\_\_            Date: \_\_\_\_\_

R&R Liaison:            Name: \_\_\_\_\_            SDA #: \_\_\_\_\_