



STAR NET Región II

Beca Familiar/Solicitud de Asistencia para el Desarrollo Profesional

Nombre _____ Correo Electrónico _____

Dirección de su casa _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono Casa _____ Trabajo _____ Condado _____

Entrenamiento /Evento que usted planea asistir _____

(Adjunte una copia de la registración o documentos de apoyo)

Fecha _____ Lugar _____

¿De qué manera ayuda este evento a los niños de su familia o a los que usted enseña? _____

Cantidad que requiere — Detallar los gastos proyectados (hasta \$200 por familia /\$ 75 para profesionales)

Registración \$ _____

Otros medios de asistencia financiera

Millas(\$.61 /milla, Ida y Vuelta) _____

Alojamiento _____

Cuidado de Niños _____

¿Ha recibido usted alguna beca?

No Sí Fecha _____

Pago a Sustituto _____

Total \$ _____

¿Cómo se enteró de las becas de STAR NET?

Clase de Beca: _____

Familia Edad del Niño/Niña _____ Mi hijo/hija tiene IFSP Mi hijo/hija tiene IEP

Necesidades Especiales/Discapacidad: _____

Profesional Yo me encargo de niños de 3-5 con IEPS (Programas de Educación Individualizada). Sí No

Posición: Educador Tutor Profesionales Relacionados a estos Servicios Administrador Otro _____

Distrito/Agencia _____ Condado _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Estoy sometiendo ésta solicitud para aprobación previa. Entiendo que solo son elegibles familias que tienen Niños Recién Nacidos-5 años de edad con IFSP IEP, y profesionales que trabajan con niños de 3-5 años de edad con necesidades especiales y que asisten a escuelas públicas o lugares indicados. Yo entiendo que mi solicitud estará expuesta a un proceso de revisión y fondos disponibles y que la asistencia de fondos será en la forma de reembolso de gastos.

La Firma _____

Fecha _____

Nota: Esta solicitud debe ser recibida y aprobada antes del evento. Por favor envíe su solicitud y todos sus documentos de apoyo a:

**Beca Familiar/Desarrollo Profesional, STAR NET Region II,
2626 S. Clearbrook Drive, Arlington Heights, IL 60005-4626**

Email: starnetregionii@cntrmail.org **FAX:** 847-278-5434 **Website:** starnetregionii.org

Aprobado: Sí No Cantidad _____ Iniciales _____ Fecha _____