



Beca Familiar/Solicitud de Asistencia para el Desarrollo Profesional

Nombre:		Correo Electrónico:	
Dirección:		Condado:	
Ciudad:	Estado:	Código postal	
Teléfono Casa:		Trabajo:	

Entrenamiento /Evento que usted planea asistir:	
<i>(Adjunte una copia de la registración o documentos de apoyo)</i>	
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: \$ Ciudad:	Otros medios de asistencia financiera:
Millas <i>(\$.51 /milla, Ida y Vuelta):</i>	
Alojamiento:	¿Ha recibido usted alguna beca? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha: _____
Cuidado de Niños:	¿Cómo se enteró de las becas de STAR NET?
Pago a Sustituto:	
Total:	



Por favor envíe su solicitud y todos sus documentos de apoyo a:

**Beca Familiar/Desarrollo Profesional
STAR NET Region II**

2626 South Clearbrook Drive, Arlington Heights, IL 60005

Phone: 224-366-8579 Fax: 847-278-5434

Email: starnetregionii@cntrmail.org



Beca Familiar/Solicitud de Asistencia para el Desarrollo Profesional

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:	Estado:	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.

Firma _____ Fecha ____/____/____

Nota: Esta solicitud debe ser recibida antes del evento.

Approved: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount _____ Initials _____ Date ____/____/____
--



Por favor envíe su solicitud y todos sus documentos de apoyo a:
Beca Familiar/Desarrollo Profesional
STAR NET Region II
 2626 South Clearbrook Drive, Arlington Heights, IL 60005
 Phone: 224-366-8579 Fax: 847-278-5434
 Email: starnetregionii@cntrmail.org