El Registro de la Oficina de la Primera Infancia de Connecticut
450 Columbus Boulevard, Hartford, CT 06103
www.OECregistry.org

Miembro del personal calificado: Certificación del convenio de supervisor de miembro del personal calificado

La legislación permite que ciertas personas sean designadas como Miembro del personal calificado (QSM por sus siglas en inglés) en un aula de un programa financiado por la OEC para Early Start Connecticut si están supervisadas por una persona calificada (Supervisor de QSM). Consulte la Política General A-01 para obtener más detalles. Utilice este formulario para documentar un convenio entre el solicitante y el supervisor de QSM.

Pasos:

1. Complete y cargue este formulario completamente cumplimentado en la cuenta del Registro de la OEC del solicitante: Documentos Estándar > Certificación del convenio de supervisor de QSM.
2. **Solicitante:** Asegúrese de que sus créditos / títulos obtenidos se carguen en su cuenta y mantenga su cuenta actualizada.
3. **Supervisor de QSM:** Asegúrese de que sus créditos / títulos obtenidos se carguen en su cuenta y mantenga su cuenta actualizada.
4. El personal del Registro de la OEC verificará este formulario y luego etiquetará al supervisor de QSM admisible para el solicitante, permitiendo al usuario de acceso administrativo del programa etiquetar al solicitante como un QSM designado en un aula.
    a. Tenga en cuenta que si la elegibilidad del supervisor de QSM cambia (es decir, la certificación de maestro caduca, o para un centro con licencia: si el supervisor de QSM ya no trabaja en el mismo programa que el solicitante), el solicitante ya no será un QSM designado.

Solicitante: Rellene esta información sobre usted:

Nombre legal:	
Número de identificación en el Registro (9 dígitos que empiezan con 100):	
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:

Solicitante: Rellene esta información sobre su lugar de trabajo:

Nombre del programa:	
Número de licencia del programa:	
Dirección del programa:	
Ciudad del programa:	Número de teléfono del programa:

Supervisor de QSM: Rellene esta sección

Nombre legal del **supervisor de QSM**:	
Número de identificación en el Registro del **supervisor de QSM** (9 dígitos empezando con 100):	
Número de teléfono del **supervisor de QSM**:	Dirección de correo electrónico del **supervisor de QSM**:

El abajo firmante afirma que la información proporcionada en este formulario es verdadera, precisa y completa bajo pena de declaración falsa de conformidad con los Estatutos Generales de Connecticut, sección 53a-157b.	
Solicitante: Al firmar, estoy de acuerdo con la declaración jurada anterior. **Firma del solicitante:** (sólo firma en papel o DocuSign)	Fecha de la firma:
Supervisor de QSM: Al firmar, acepto la declaración jurada anterior y acepto ser el supervisor de QSM para este solicitante de acuerdo con la GP A-01. Puedo revocar esta condición en cualquier momento poniéndome en contacto con el Registro de la OEC. **Firma del supervisor de QSM:** (sólo firma en papel o solo DocuSign)	Fecha de la firma: