

División de Efectividad Educativa 200 West Baltimore Street Baltimore, MD 21201 410-767-0390

VERIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Nombre completo del solicitante:	
(Escriba su nombre completo tal y c	como aparece en cualquier documentación que deba presentar)
IDENTIFICADOR DE ENSENANZA:	Dirección de correo electrónico:
Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA)	Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:
Firma del/de la solicitante:	Fecha:
INFORMACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL PROGR	AMA DE PREPARACIÓN PARA EDUCADORES
	el proveedor de preparación para educadores en el estado donde se realizó didato mencionado anteriormente que busca obtener la licencia en el
	orograma de preparación para educadores aprobado por el estado? echa de finalización:
Seleccione el acreditador adecuado: 🗆 CAEP	P □ ESTADO □ Preparación alternativa
(si corresponde, indique el nombre del progr	rama de preparación alternativa)
educadores en su institución/organización?	Ilmente o activamente inscrito en un programa de preparación para
¿Era o es el solicitante elegible para programa de formación docente?	obtener la certificación/licencia en su estado al completar este □ SÍ □ NO
Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente	información:
Área de certificación/licencia	y nivel de grado
Pasantía/Práctica	
INFORMACIÓN DE AUTORIZACIÓN	
Nombre del colegio/universidad o programa	de preparación alternativo:
Dirección postal:	
Ciudad: Es	stado: Código postal:
Aclaración del funcionario autorizado (presid	dente, oficial de certificación) Al completar este formulario:
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Firma del oficial autorizado:	Fecha:

Con vigencia desde el 1 de abril de 2024