**Información Sobre el Niño – General**

|  |  |
| --- | --- |
| Primer Nombre: | Inicial del Segundo Nombre: |
| Apellido(s): | Nombre Preferido: |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año): | Género del Niño:  M  F |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Cuál es el idioma natal de este niño? | | | 2do idioma: |
| Este niño habla | Solamente inglés | Mayormente inglés y otro idioma | \*Un poco de inglés, pero mayormente otro idioma |
| Tanto inglés como otro idioma, de igual manera (bilingüe | | \*Solamente un idioma diferente al inglés |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Este niño es hispano/latino?  Sí  No | |
| ¿Cuál es la raza de este niño? Marque todas las que correspondan. | |
| Africano/afroamericano/negro  Asiático  Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano | Nativo de Hawái o isleño del Pacífico  Blanco  No aparece en la lista anterior: |
| ¿Cuál es la ascendencia/tribu/país de origen de su familia? | |
| ¿Es este niño parte de una tribu ya sea por membresía o por ascendencia/linaje?  Sí  No | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Este niño ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el más reciente | | | |
| Ninguno  Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE o cualquier Programa de Visita Domiciliaria/Birth-to-Three | Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP en el condado King o Pierce, Estado de Washington  Head Start/Early Head Start/ECEAP /Early ECEAP en otro condado del Estado de Washington | | Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar del Estado de Washington |
| ¿Cuándo asistió este niño? | | Nombre y ubicación del Programa | |
| ¿Este niño se encuentra inscrito actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro?  Sí  No | | | |
| ¿Es este niño un hermano de un niño actualmente inscrito en el programa al que está solicitando?  Sí  No | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Las siguientes preguntas son solamente de información. Responder “Sí” no afectará su elegibilidad o inscripción en el programa. | | |
| ¿Este niño se encuentra bajo cuidado oficial de acogida temporal o con parientes y recibe un subsidio de cierta cantidad?  Sí  No | | |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el Número de Caso o Número de Identificación del Cliente? | | |
| ¿Cuál es el subsidio/cantidad del pago mensual y la fuente? $  # de niños cubiertos por la cantidad del subsidio: | | DSHS  SSI  Tribu  Otro |
| ¿Este niño está bajo el cuidado de familiares sin un monto de subvención?  Sí  No | | |
| ¿El niño fue adoptado después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes o en un orfanato en otro país?  Sí  No | | |
| ¿El niño se reunió recientemente con sus padres después de estar en un hogar de acogida o al cuidado de parientes?  Sí  No | | |
| ¿Su familia recibe servicios a través de Servicios de Protección Infantil (Child Protective Services, CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (Family Assessment Response, FAR), de Bienestar del Niño Indígena (Indian Child Welfare, ICW), servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial?  Sí  No | | |
| ¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/ICW, servicios tribales comparables, o a través del sistema judicial/policial anteriormente?  Sí  No | | |
| ¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR? | | |
| Sí - ¿Cuántas horas aprobadas a la semana? | No | |
| ¿A este niño se le ha solicitado que se retire de un programa de la Educación Temprana debido a problemas de conducta?  Sí  No | | |

**Información Sobre el Niño – Salud**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Este niño cuenta con seguro médico?  Sí  No | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo? | | Washington Apple Health/ProviderOne | Seguro Privado | Tribal | Cobertura Médica Militar |
| ¿Este niño cuenta con un doctor o con una clínica médica regular? | | | | | |
| Sí – Nombre de la clínica/proveedor: | | | Nombre del profesional médico: | | |
| No | | | | | |
| ¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 meses anteriores? | | | | | |
| Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año): | | | | | |
| No | Fecha desconocida | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Este niño cuenta con seguro dental?  Sí  No | | | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿Qué tipo? | | Washington Apple Health/ProviderOne | Seguro Privado | | Tribal | ABCD | Cobertura  Médica Militar |
| ¿Este niño cuenta con un dentista o con una clínica dental regular? | | | | | | | |
| Sí – Nombre de la clínica/proveedor: | | | | Nombre del profesional dental: | | | |
| No | | | | | | | |
| ¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 meses anteriores? | | | | | | | |
| Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año): | | | | | | | |
| No | Fecha desconocida | | | | | | |

|  |
| --- |
| ¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo?  Completamente vacunado  Exento  Ni completamente vacunado ni exento  No estoy seguro |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Un proveedor de atención médica le ha diagnosticado al niño una enfermedad crónica (puede incluir afecciones mentales, asma, cáncer, diabetes, convulsiones, TDAH, autismo, espina bífida, anemia falciforme o alergias potencialmente mortales)? | |
| Sí – Por favor descríbalo: | La afección de salud se considera:  Severa  Moderada  Leve |
| No | ¿Algún proveedor de atención médica le ha diagnosticado esta afección?  Sí  No |

**Información Sobre el Niño – Desarrollo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Tiene alguna inquietud por la salud de su hijo?  Sí – marque a continuación todas las que correspondan  No | | |
| Bajo peso al nacer (menos de 5.5 lb/5 lb 8 oz.)  Audición  Visión | Nacimiento antes de término, menos de 37 semanas  Motricidad fina/ motricidad gruesa | Afectado por drogas/alcohol  Dolor/caries dentales/encías que sangran |
| Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa: | | |

|  |
| --- |
| ¿Este niño cuenta con un Plan Educativo Individual (PEI) o con un Plan de Servicios Familiares Individuales (PSFI) actual y activo?  Sí – Por favor incluya una copia con su solicitud. |
| No – Marque si corresponde alguna de estas opciones: |
| Mi hijo ha sido diagnosticado con un retraso en el desarrollo o con una discapacidad, no tiene un PEI, o lo ha referido para ser evaluado.  Mi hijo tiene una sospecha de retraso en el desarrollo o de una discapacidad. |

**Información Sobre el Padre/Madre/Tutor**

|  |
| --- |
| Este niño vive con |
| Unos de los padres/tutores (llene Padre/Madre/Tutor 1) |
| Dos padres/tutores en el mismo hogar (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2) |
| Dos padres/tutores en dos hogares (llene Padre/Madre/Tutor 1 & 2) |

|  | **Padre/Madre/Tutor 1** | | | **Padre/Madre/Tutor 2** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | |  | | |
| Relación con el Niño | Biológico/Adoptivo/Padrastro o madrastra | | | Biológico/Adoptivo/Padrastro o madrastra | | |
| Padre o Madre de Acogida  Abuelo o abuela | | Tío/Tía  Otro: | Padre o Madre de Acogida  Abuelo o abuela | | Tío/Tía  Otro: |
| Género | M  F  No especificado | | | M  F  No especificado | | |
| Fecha de Nacimiento (mes/día/año) |  | | |  | | |
| Dirección (incluir ciudad, estado y código postal) |  | | |  | | |
| Teléfono |  | Hogar  Celular  Empleo | |  | Hogar  Celular  Empleo | |
| Teléfono Alterno |  | Hogar  Celular  Empleo | |  | Hogar  Celular  Empleo | |
| Dirección de Correo Electrónico |  | | |  | | |
| ¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño? | Sí  No  N/A | | | Sí  No  N/A | | |
| ¿Qué idioma(s) habla? |  | | |  | | |
| ¿Necesita intérprete para este idioma? | Sí  No | | | Sí  No | | |
| ¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan. | Africano/afroamericano/negro  Asiático  Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano  Nativo de Hawái o isleño del Pacífico  Blanco  No aparece en la lista anterior: | | | Africano/afroamericano/negro  Asiático  Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano  Nativo de Hawái o isleño del Pacífico  Blanco  No aparece en la lista anterior: | | |
| ¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó? | 6o grado o menos  7o  a 12o grado, no diploma ni GED  Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School)  GED  Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado  Certificado de universidad/certificado profesional  Título de Técnico Superior  Título de Licenciatura  Título de Maestría o Doctorado  Ninguno | | | 6o grado o menos  7o  a 12o grado, no diploma ni GED  Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School)  GED  Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado  Certificado de universidad/certificado profesional  Título de Técnico Superior  Título de Licenciatura  Título de Maestría o Doctorado  Ninguno | | |
| ¿Cuenta actualmente con empleo? | Sí– ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)?  Nombre & # de teléfono del empleador:  No  No, Jubilado/Discapacitado  Por temporada | | | Sí– ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)?  Nombre & # de teléfono del empleador:  No  No, Jubilado/Discapacitado  Por temporada | | |
| ¿Se encuentra actualmente recibiendo capacitación laboral o estudiando? | Sí– ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)?  Nombre de la Escuela & carrera/meta:  No | | | Sí– ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)?  Nombre de la Escuela & carrera/meta:  No | | |
| ¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst? | Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana:  No | | | Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana:  No | | |
| ¿Está o ha estado en el servicio militar de EE.UU.? | Sí, miembro actual del servicio militar  Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses  Sí, veterano  No | | | Sí, miembro actual del servicio militar  Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses  Sí, veterano  No | | |

**Inquietudes Familiares**

| Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan. | | |
| --- | --- | --- |
| Un miembro del hogar tiene una discapacidad o una afección crónica física o mental y  Es incapaz de participar en las actividades de la vida laboral/escolar/familiar  Puede participar en algunas actividades de la vida laboral/escolar/familiar  Puede participar en la mayoría de las actividades de la vida laboral/escolar/familiar  El padre/tutor del niño tiene dificultades de aprendizaje, sin discapacidad  Violencia doméstica en el hogar (pasada o actual), incluso *en útero*  Problemas domésticos de drogas/alcohol o abuso de sustancias (pasado o actual), incluso *en útero* | La familia está socialmente aislada, con una falta de contacto total o parcial con los demás  Los padres/tutores del niño están preocupados por conseguir o mantener un trabajo  La familia tiene inquietudes legales  El niño tiene un familiar que asistió a un internado indio  El padre/tutor del niño es un trabajador migrante o de temporada con más de la mitad de los ingresos familiares provenientes del trabajo agrícola | Padre e hijo se mudaron para participar en prácticas culturales tradicionales o empleo (estacional o temporal en agricultura o pesca)  Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años)  El padre/madre/tutor del niño está en prisión  Pérdida de uno de los padres (muerte, abandono o deportación)  Los padres/tutores del niño se han divorciado o separado durante la vida del niño  Familia previamente sin hogar (en los pasados 12 meses)  Preocupaciones con la vivienda |

**Situación Familiar de Vivienda**

|  |
| --- |
| ¿Su hogar recibe un subsidio de vivienda tal como un vale o asistencia en efectivo?  Sí  No |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál es la situación actual de su familia? La Ley McKinney-Vento proporciona servicios y apoyos para niños y jóvenes que se encuentran sin hogar. Sus respuestas nos pueden ayudar a determinar los servicios a los que su hijo puede ser elegible para recibir. | |
| Dueños  Alquilan | En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia   * Por elección (por ejemplo, compartir responsabilidades, estar cerca de la familia, etc.) |
| En un motel  En un refugio  En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar | * Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar   Vivienda de Transición  Moviéndose de lugar en lugar/de sillón en sillón  En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.) |
| Otro – Por favor describa: | |

**Ingreso Familiar y Número de Personas en la Familia**

|  |
| --- |
| Marque todas las que correspondan, si el niño u otra persona que viva en su hogar, pariente por consanguinidad, matrimonio o adopción reciben estos tipos de Asistencia Pública:  SSI por discapacidad, recibido por:  el Niño  el Padre/Madre/Tutor  Otro – Relación con el Niño:  Efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)  SNAP |
| Marque todo lo que corresponda si su familia recibe lo siguiente:  TANF solo para el niño  WorkFirst  Subsidio para Guardería de Working Connections  WIC |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Fue remitido a este programa por una agencia?  Sí – Nombre: | No |

| **A continuación, por favor nombre a las personas adicionales que viven en su hogar, la cual es la residencia principal de este niño, no se incluya a usted ni a este niño.** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre [Nombre y Apellido(s)] | Fecha de Nacimiento (mes/día/año) | Relación con el niño | ¿Usted mantiene económicamente a esta persona? | ¿Esta persona está relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción? |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No | Sí  No |

|  |
| --- |
| ¿Cuál es el número total de miembros de la familia que viven en su hogar, incluyéndolos a usted y a su hijo? |
| ¿Cuál es su ingreso familiar total aproximado para el año calendario pasado o durante los pasados 12 meses? |

Prometo que la información en este formulario es verdadera y correcta. He reportado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia como lo requieren los Programas de la Educación Temprana. Si deliberadamente proporciono información falsa, comprendo que existe la posibilidad de que a mi familia no le sea posible continuar con los servicios del programa. Además, si mi hijo está inscrito en ECEAP, puede ser que tenga que reembolsar la cantidad de dinero gastada en él.

Comprendo que la información en esta solicitud se ingresa a varias bases de datos de la Educación Temprana, operadas por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF por sus siglas en inglés) y por Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF y PSESD están comprometidos a proteger la información confidencial y personal que pudiera identificar a un niño o a una familia. No se ingresa ninguna información relacionada con el estado migratorio en las bases de datos, ni se comparte con las agencias estatales o federales. La información en las bases de datos puede ser utilizada para:

* Estudios de investigación con el fin de determinar si participar en la Educción Temprana ayuda a los niños más adelante en la vida.
* Comprobar que el Estado de Washington gasta una cantidad de su propio dinero en programas para las familias, lo cual es un requisito para recibir dinero del programa de Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas del gobierno federal.

**Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.** | |
| **Reviewed and received verbal verification on (date):** | **Staff Initials:** |
| (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PSESD Early Learning Staff Only** | | | | | | | |
| **Section 1:** Staff who finalize and determine eligibility complete this section before placing in the Master Waitlist Drawer | | | | | | | |
| Child’s Age: | Total Verified Family Size: | | | Total Verified Income: | | | Total Points: |
| Site Name/ID: | | | | Date received:  (This date will determine eligibility timeframe) | | | |
| Date staff reviewed application with family: | | | | Date sent to PSESD (N/A for ECEAP only sites): | | | |
| **EHS Only** - Is this child a newborn taking the family’s slot?  Yes  No | | | If yes, family’s name: | | | | |
| **Section 2:** For McKinney-Vento Act children/families. Check services the family received. Staff should provide resources within 24-48 hours. | | | | | | | |
| Childcare resources  Clothing resources  School supplies  Medical/dental referral  Housing/shelter referral | | Immunization/medical records  Vision referral  Hygiene products/toiletries  Food resources  Birth certificate | | | Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF | | |
| College/vocational/technical resources | | |
| School transportation (if site provides) | | |
| Other: | | |
|  | | |
| **Staff Name & Signature:** | | | | | | **Date:** | |