

# Aplicación para la Educación Temprana 2018-2019

|                                   |  |  |                            |             |             |
|-----------------------------------|--|--|----------------------------|-------------|-------------|
| <b>SOLAMENTE PARA EL PERSONAL</b> | Date received:   | Site Name/ID:  | ❖ ELMS Prescreen Questions | ☐ + ○ TOTAL | Child's Age |
|                                   | Date staff reviewed application with family:   | HS/EHS ONLY - Date sent to PSESD:  |                            |             |             |
|                                   | Is this child a newborn taking the mother's slot? ☐ Yes ☐ No<br>If yes, mother's name: | Is this child currently enrolled in a community slot at this center? ☐ Yes ☐ No<br>Is this child's sibling currently enrolled in a community slot at this center? ☐ Yes ☐ No |                            |             |             |

La información de su aplicación es confidencial y se utiliza solamente para determinar la elegibilidad de su hijo(a) para nuestros Programas de Educación Temprana. No requerimos, revisamos ni reportamos el estado migratorio.

|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO</b>  | <b>Información Sobre el/la Niño(a)</b>   |                                     |
|   | ❖ Nombre: _____  | ❖ Inicial del Segundo Nombre: _____ |
|   | _____  | ❖ Apellido: _____                   |
|   | ❖ Fecha de Nacimiento: ____/____/____<br>Mes/Día/Año   | ❖ Género: _____                     |
|   | <b>Por favor incluya prueba de la fecha de nacimiento con esta aplicación</b>  |                                     |
|   | Recopilar la información a continuación nos ayuda a determinar los servicios y apoyos más culturalmente adecuados, únicos para su hijo y familia.  |                                     |
|   | ❖ ¿Cuál es el idioma natal de su hijo(a)? _____  |                                     |
|   | ❖ ¿Es su hijo(a) hispano(a)/latino(a)?<br>☐ Sí - Por favor describa o escriba el país de origen: _____<br>☐ No   |                                     |
|   | ❖ ¿Cuál es la raza de su hijo(a)? Marque todas las que sean pertinentes:   |                                     |
|   | <input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br><input type="checkbox"/> Asiático<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indoamericano<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las Islas Pacífico<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br><input type="checkbox"/> Blanco<br>➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____<br>Si no se lista anteriormente, por favor describa los antecedentes de su hijo(a): _____ |                                     |
| ¿Ha asistido anteriormente su hijo(a) a alguno de estos programas?  |  |                                     |
| <input type="checkbox"/> Programa de Visitas Domiciliarias Birth-to-3 <input type="checkbox"/> Head Start<br><input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT) <input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar de Washington<br><input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> ECEAP<br><input type="checkbox"/> Parents as Teachers (Padres como Maestros) <input type="checkbox"/> No |  |                                     |
| ¿Cuándo fue la última vez que asistió? _____ Nombre y Ubicación del Programa: _____   |  |                                     |
| ❖ ¿Se encuentra su hijo(a) bajo cuidado temporal/con familia oficial? (Una autorización para proporcionar cuidado de parte del estado o tribu que indique que el niño se encuentra en cuidado temporal/con un familiar)<br>☐ Sí ☐ No<br>➤ ¿Ha estado su hijo(a) anteriormente bajo cuidado temporal/ con un familiar? ☐ Sí ☐ No   |  |                                     |
| ¿Se le ha pedido a su hijo(a) que se retire de una guardería o escuela preescolar debido a problemas de comportamiento? ☐ Sí ☐ No   |  |                                     |
| ¿Ha sufrido su hijo(a) de abuso o negligencia? ☐ Sí ☐ No  |  |                                     |
| ¿Ha sido diagnosticado(a) su hijo(a) por un Proveedor de Cuidado de Salud con una o más afecciones de salud más graves/crónicas, como asma, diabetes, convulsiones, afección cardíaca o alergias mortales?<br>☐ Sí - Por favor descríbalos: _____ ☐ No  |  |                                     |

| INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO   | <b>Información Sobre el/la Niño(a)</b>  |   |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
|---|---|---|---|---|---------------------------------------|---|---|---|--|--|---|---|--|--|--|--|--------------------------|
| INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO   | <p>¿Sospecha usted que su hijo(a) padece de un retraso del desarrollo o de una discapacidad?<br/> <input type="checkbox"/> Sí - Por favor descríbala: _____ <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Posee su hijo(a) un Plan de Servicios Individualizados(IFSP) o un Plan de Educación Individualizada (IEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si la respuesta es que sí, por favor responda las siguientes preguntas e incluya una copia del IFSP o del IEP con esta aplicación</b></p> <p>➤ Por favor marque todas las categorías para el IEP/IFSP (por sus siglas en inglés):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autismo</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje específica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sordoceguera</td> <td><input type="checkbox"/> Múltiples Discapacidades</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad de habla/lenguaje</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica</td> <td><input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Disturbio emocional</td> <td><input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad visual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>➤ ¿Existe una escuela preescolar de Ed. Especial o un Programa Birth-to-3 disponible/fácilmente accesible para usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p> | <input type="checkbox"/> Autismo                                | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual                   | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje específica | <input type="checkbox"/> Sordoceguera | <input type="checkbox"/> Múltiples Discapacidades   | <input type="checkbox"/> Discapacidad de habla/lenguaje | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática        | <input type="checkbox"/> Disturbio emocional                          | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual                 | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva       |  |  | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> Autismo  | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual               | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje específica     |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
|   | <input type="checkbox"/> Sordoceguera   | <input type="checkbox"/> Múltiples Discapacidades               | <input type="checkbox"/> Discapacidad de habla/lenguaje             |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
|   | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo   | <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica                | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática                 |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
|   | <input type="checkbox"/> Disturbio emocional  | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad de salud             | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual                        |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
|   | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva  |   |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
|   | <p>¿Tiene alguna inquietud sobre la salud o el desarrollo de su hijo(a)? Marque todas las que sean pertinentes:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (menos de 5.8 lb.)</td> <td><input type="checkbox"/> Salud Mental - Por favor descríbala: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Conducta - Por favor descríbala: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Audición</td> <td><input type="checkbox"/> Intolerancia alimenticia/dieta especial -<br/>Por favor descríbala: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Habla/lenguaje</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visión</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Motricidad gruesa/motricidad fina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dolor de dientes/caries/encillas que sangran</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otro - Por favor especifique: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>  | <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (menos de 5.8 lb.)  | <input type="checkbox"/> Salud Mental - Por favor descríbala: _____ | <input type="checkbox"/> Conducta - Por favor descríbala: _____ | <input type="checkbox"/> Audición     | <input type="checkbox"/> Intolerancia alimenticia/dieta especial -<br>Por favor descríbala: _____ | <input type="checkbox"/> Habla/lenguaje                 | <input type="checkbox"/> Visión                   |  | <input type="checkbox"/> Motricidad gruesa/motricidad fina | <input type="checkbox"/> Dolor de dientes/caries/encillas que sangran |   | <input type="checkbox"/> Otro - Por favor especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol |  |  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (menos de 5.8 lb.)  | <input type="checkbox"/> Salud Mental - Por favor descríbala: _____   | <input type="checkbox"/> Conducta - Por favor descríbala: _____ |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> Audición   | <input type="checkbox"/> Intolerancia alimenticia/dieta especial -<br>Por favor descríbala: _____   | <input type="checkbox"/> Habla/lenguaje                         |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> Visión   |   | <input type="checkbox"/> Motricidad gruesa/motricidad fina      |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> Dolor de dientes/caries/encillas que sangran   |   | <input type="checkbox"/> Otro - Por favor especifique: _____    |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> Afectado por drogas/alcohol  |   |   |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
| <p>¿Posee su hijo(a) seguro médico?<br/> <input type="checkbox"/> Sí - ¿qué tipo?<br/>                 ➤ <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Cobertura médica Tribal o Militar<br/> <input type="checkbox"/> No</p>                                   | <input type="checkbox"/>  |   |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
| <p>¿Posee su hijo(a) un doctor o una clínica médica regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>  | <input type="checkbox"/>  |   |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
| <p>¿Recibió su hijo(a) un examen de salud en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí - Fecha del último examen: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Fecha desconocida<br/> <input type="checkbox"/> No</p>   | <input type="checkbox"/>  |   |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
| <p>¿Posee su hijo(a) seguro dental?<br/> <input type="checkbox"/> Sí- ¿Qué tipo?<br/>                 ➤ <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Cobertura dental Tribal o Militar<br/> <input type="checkbox"/> No</p>                                    | <input type="checkbox"/>  |   |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |
| <p>¿Posee su hijo(a) un dentista o una clínica dental regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Recibió su hijo(a) un examen dental en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí - Fecha del último examen: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Fecha desconocida<br/> <input type="checkbox"/> No</p> | <input type="checkbox"/>  |   |   |   |                                       |   |   |   |  |  |   |   |  |  |  |  |                          |

| INFORMACIÓN FAMILIAR | Información Familiar                                | Padre(Madre)/Tutor 1   | Padre(Madre)/Tutor 2   |
|----------------------|---|--|--|
| INFORMACIÓN FAMILIAR | ❖ Nombre:   |  |  |
|                      | ❖ Relación con el/la Niño(a):                       | <input type="checkbox"/> Padre(Madre) Biológico(a)/Adoptivo(a)/<br>Padrastro(Madrastra) <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo(a)<br><input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Padre(Madre) Biológico(a)/Adoptivo(a)/<br>Padrastro(Madrastra) <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo(a)<br><input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro |
|                      | ❖ Fecha de Nacimiento:                              | ___/___/___<br>Mes/Día/Año   | ___/___/___<br>Mes/Día/Año   |
|                      | ¿Qué edad tenía usted cuando nació este(a) niño(a)? | _____  | _____  |
|                      | ❖ Dirección:  |  |  |
|                      | ❖ Teléfono:   | ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo   | ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo   |
|                      | ❖ Teléfono Alternativo:                             | ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo   | ____-____-____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Trabajo   |
|                      | ❖ Dirección electrónica:                            |  |  |

| Información Familiar   | Padre(Madre)/Tutor 1   | Padre(Madre)/Tutor 2   |                          |
|--|--|--|--------------------------|
| ❖ ¿Necesita intérprete?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> |
| ❖ ¿Qué idioma(s) habla?  | _____  | _____  |                          |
| ¿Obtuvo un diploma de la secundaria (high school) o GED?<br><br>¿Cuál es el título más alto que obtuvo?  | <input type="checkbox"/> GED<br><input type="checkbox"/> diploma de secundaria (High school)<br><input type="checkbox"/> Ninguno – ¿Cuál es el grado más alto que terminó? _____<br><br><input type="checkbox"/> Un poco de universidad/entrenamiento avanzado<br><input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento certificado<br><input type="checkbox"/> Título asociado<br><input type="checkbox"/> Título de licenciatura<br><input type="checkbox"/> Título de doctorado<br><input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> GED<br><input type="checkbox"/> diploma de secundaria (High school)<br><input type="checkbox"/> Ninguno – ¿Cuál es el grado más alto que terminó? _____<br><br><input type="checkbox"/> Un poco de universidad/entrenamiento avanzado<br><input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento certificado<br><input type="checkbox"/> Título asociado<br><input type="checkbox"/> Título de licenciatura<br><input type="checkbox"/> Título de doctorado<br><input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> |
| ❖ ¿Cuenta actualmente con un empleo?   | <input type="checkbox"/> Sí – ¿cuántas horas a la semana? _____<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Discapitado(a)<br><input type="checkbox"/> Por temporada  | <input type="checkbox"/> Sí – ¿cuántas horas a la semana? _____<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Discapitado(a)<br><input type="checkbox"/> Por temporada  |                          |
| ❖ ¿Se encuentra asistiendo a la escuela o a un entrenamiento para empleo?  | <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana? _____<br><input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana? _____<br><input type="checkbox"/> No   |                          |
| ❖ ¿Se encuentra participando en una actividad de WorkFirst?  | <input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y el número de horas a la semana aprobadas: _____<br><input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y el número de horas a la semana aprobadas: _____<br><input type="checkbox"/> No   |                          |
| ¿Se encuentra en servicio militar activo de EU?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                          |
| ¿Es usted miembro en una unidad de la Guarda Nacional o Reserva Militar?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                          |
| ¿Es usted veterano militar de EU?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |                          |
| Por favor marque las áreas de inquietud que tiene para usted/su familia en su hogar en las que es posible que le podamos ayudar:   |  |  |                          |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Sin hogar (en los últimos 12 meses)<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) es discapacitado(a)<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) se encuentra actualmente desplazado(a) en una zona de combate o lo estuvo en el último año<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) está encarcelado(a)                             </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Enfermedad mental/ consejería en el hogar, incluyendo depresión materna.<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre) del niño(a)/tutor es un trabajador migrante<br/> <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar doméstica (pasada o actual)<br/> <input type="checkbox"/> Problemas o abuso de drogas/alcohol en el hogar<br/> <input type="checkbox"/> La familia tiene muy poco o no tiene apoyo de otros familiares o amigos                             </div> </div> |  |  |                          |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen seguro médico/dental<br/> <input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen un hogar médico/dental<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) padece de inquietudes de salud<br/> <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) tiene dificultades de aprendizaje                             </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Obteniendo o manteniendo un empleo<br/> <input type="checkbox"/> Inquietudes de vivienda<br/> <input type="checkbox"/> Inquietudes legales<br/> <input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años)                             </div> </div>  |  |  |                          |
| Si está empleado, ¿cuál es el nombre de su empleador?  |  |  |                          |
| Si se encuentra en capacitación para el trabajo o la escuela, ¿cuál es el nombre de su escuela?  |  |  |                          |

| <b>Información Familiar</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|--|--|--|---|--|
| ❖ El/la niño(a) vive con: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <input type="checkbox"/> Uno de los padres/tutores</li> <li>➢ <input type="checkbox"/> Dos padres/tutores en el mismo hogar</li> <li>➢ <input type="checkbox"/> Dos padres/tutores en dos hogares – ¿Hay uno de los dos hogares que posea la custodia legal primaria?                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuál de los padres posee la custodia primaria? _____</li> <li>➢ <input type="checkbox"/> No – ¿Recibe uno de los padres pagos por manutención infantil de parte del otro hogar?                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuál de los dos padres recibe los pagos por manutención infantil? _____</li> <li>➢ <input type="checkbox"/> No</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ❖ Por favor liste a las otras personas que viven en su hogar. No se incluya ni usted ni a su hijo(a). <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><b>Staff Only - Family Size:</b></span><br>Si necesita más espacio, escriba en una hoja aparte e inclúyala en su aplicación.   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| Nombre Completo (Nombre y apellido)   | 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? |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ❖ ¿Su hijo(a) vive con un tutor que no es ni su padre/madre ni un padre/madre temporal? <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <input type="checkbox"/> Sí</li> <li>➢ <input type="checkbox"/> No                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ¿Esta persona recibe un pago estatal, tribal o de SSI en nombre del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> </ul> </li> </ul>   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ¿Usted, su hijo(a) u otro familiar reciben este tipo de ingreso? Marque todos los que sean pertinentes: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> TANF                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ¿Es solamente para el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>➢ ¿Cuenta usted con un subsidio para guardería de Working Connections? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> </ul> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario (SSI) por discapacidad                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Relación de la persona con el/la niño(a): _____</li> </ul> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Ingreso por Hogar Temporal                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Relación de la persona con el/la niño(a): _____</li> </ul> </td> </tr> </table> |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> TANF <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ¿Es solamente para el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>➢ ¿Cuenta usted con un subsidio para guardería de Working Connections? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario (SSI) por discapacidad <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Relación de la persona con el/la niño(a): _____</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Ingreso por Hogar Temporal <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Relación de la persona con el/la niño(a): _____</li> </ul> |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> TANF <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ¿Es solamente para el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>➢ ¿Cuenta usted con un subsidio para guardería de Working Connections? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario (SSI) por discapacidad <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Relación de la persona con el/la niño(a): _____</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Ingreso por Hogar Temporal <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Relación de la persona con el/la niño(a): _____</li> </ul> |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ❖ Ingreso familiar total aproximado para el año calendario más reciente o durante los últimos 12 meses: _____<br>Por favor incluya una prueba de ingreso y del tamaño de la familia junto a esta aplicación.  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ❖ ¿Recibe su familia servicios a través de los Servicios de Protección Infantil (CPS por sus siglas en inglés), Respuesta a la Evaluación Familiar (FAR por sus siglas en inglés), o Bienestar Infantil Indio (ICW por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ❖ ¿Se encuentra actualmente su familia aprobada para la guardería a través de CPS o FAR? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sí – Número de horas aprobadas a la semana: _____</li> <li><input type="checkbox"/> No</li> </ul>  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ❖ ¿Ha recibido su familia servicios de parte de CPS o ICW anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ❖ ¿Cuál es la situación de vivienda actual de su familia? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rentamos</li> <li><input type="checkbox"/> Propietarios</li> <li><input type="checkbox"/> Otro – Si marca esta respuesta, por favor llene el <i>Cuestionario de Vivienda adjunto</i></li> </ul>   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ¿Este hogar recibe subsidio para vivienda, tal como un vale o ayuda en efectivo para la vivienda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| ❖ ¿Cómo se enteró de nuestro programa? Marque todas las que sean pertinentes: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Sitio en la Web</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Evento Comunitario</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Volante</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Medios de comunicación</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Correr de Voz</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Personal del sitio</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Padre/Madre anterior</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Agencia/trabajador de caso comunitarios – Por favor especifique: _____</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Otra– Por favor especifique: _____</td> </tr> </table>  |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> Sitio en la Web  | <input type="checkbox"/> Evento Comunitario   | <input type="checkbox"/> Volante  | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación | <input type="checkbox"/> Correr de Voz | <input type="checkbox"/> Personal del sitio | <input type="checkbox"/> Padre/Madre anterior | <input type="checkbox"/> Agencia/trabajador de caso comunitarios – Por favor especifique: _____ |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> Otra– Por favor especifique: _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Sitio en la Web  | <input type="checkbox"/> Evento Comunitario   | <input type="checkbox"/> Volante  | <input type="checkbox"/> Medios de comunicación         | <input type="checkbox"/> Correr de Voz  | <input type="checkbox"/> Personal del sitio   | <input type="checkbox"/> Padre/Madre anterior   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Agencia/trabajador de caso comunitarios – Por favor especifique: _____   |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> Otra– Por favor especifique: _____   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |   |  |

He respondido a las preguntas a mi leal saber y he proporcionado la documentación solicitada que tengo disponible.

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Personal de ECEAP: Enter this date in ELMS)

