

Aplicación para la Educación Temprana 2018-2019

SOLAMENTE PARA EL PERSONAL	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 If yes, mother's name:	Is this child currently enrolled in a community slot at this center? ☐ Yes ☐ No 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.

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO	Información Sobre el/la Niño(a)	
	❖ Nombre: _____	Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
	❖ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Mes/Día/Año	❖ Género: _____
	Por favor incluya prueba de la fecha de nacimiento con esta aplicación	
	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)? ☐ Sí - Por favor describa o escriba el país de origen: _____ ☐ No	
	❖ ¿Cuál es la raza de su hijo(a)? Marque todas las que sean pertinentes:	
	<input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Asiático ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indoamericano ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las Islas Pacífico ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ <input type="checkbox"/> Blanco ➤ Por favor describa o escriba describe la tribu/el país de origen: _____ 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 <input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT) <input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar de Washington <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> ECEAP <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) ☐ Sí ☐ No ➤ ¿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? ☐ Sí - Por favor descríballo: _____ ☐ No		

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO	Información Sobre el/la Niño(a)																
INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO	<p>¿Sospecha usted que su hijo(a) padece de un retraso del desarrollo o de una discapacidad? <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>Si la respuesta es que sí, por favor responda las siguientes preguntas e incluya una copia del IFSP o del IEP con esta aplicación</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 - 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 - 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 - 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? <input type="checkbox"/> Sí - ¿qué tipo? ➤ <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Cobertura médica Tribal o Militar <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 <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/>																
<p>¿Posee su hijo(a) seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí- ¿Qué tipo? ➤ <input type="checkbox"/> Washington Apple Health/ProviderOne <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Cobertura dental Tribal o Militar <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 <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)/ Padrastro(Madrastra) <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Padre(Madre) Biológico(a)/Adoptivo(a)/ Padrastro(Madrastra) <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro
	❖ Fecha de Nacimiento:	___/___/___ Mes/Día/Año	___/___/___ 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? ¿Cuál es el título más alto que obtuvo?	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> diploma de secundaria (High school) <input type="checkbox"/> Ninguno – ¿Cuál es el grado más alto que terminó? _____ <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento certificado <input type="checkbox"/> Título asociado <input type="checkbox"/> Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Título de doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> diploma de secundaria (High school) <input type="checkbox"/> Ninguno – ¿Cuál es el grado más alto que terminó? _____ <input type="checkbox"/> Un poco de universidad/entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento certificado <input type="checkbox"/> Título asociado <input type="checkbox"/> Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Título de doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/>
❖ ¿Cuenta actualmente con un empleo?	<input type="checkbox"/> Sí – ¿cuántas horas a la semana? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Discapitado(a) <input type="checkbox"/> Por temporada	<input type="checkbox"/> Sí – ¿cuántas horas a la semana? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado(a)/Discapitado(a) <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? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana? _____ <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: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y el número de horas a la semana aprobadas: _____ <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) <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) es discapacitado(a) <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 <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. <input type="checkbox"/> El padre(madre) del niño(a)/tutor es un trabajador migrante <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar doméstica (pasada o actual) <input type="checkbox"/> Problemas o abuso de drogas/alcohol en el hogar <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 <input type="checkbox"/> Otros miembros del hogar no tienen un hogar médico/dental <input type="checkbox"/> El padre(madre)/tutor del/la niño(a) padece de inquietudes de salud <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 <input type="checkbox"/> Inquietudes de vivienda <input type="checkbox"/> Inquietudes legales <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?			

Aplicación para la Educación Temprana 2018-2019

Información Familiar																	
❖ El/la niño(a) vive con: <ul style="list-style-type: none"> ➢ <input type="checkbox"/> Uno de los padres/tutores ➢ <input type="checkbox"/> Dos padres/tutores en el mismo hogar ➢ <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"> ➢ <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuál de los padres posee la custodia primaria? _____ ➢ <input type="checkbox"/> No – ¿Recibe uno de los padres pagos por manutención infantil de parte del otro hogar? <ul style="list-style-type: none"> ➢ <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuál de los dos padres recibe los pagos por manutención infantil? _____ ➢ <input type="checkbox"/> No 																	
❖ Por favor liste a las otras personas que viven en su hogar. No se incluya ni usted ni a su hijo(a). Staff Only - Family Size: Si necesita más espacio, escriba en una hoja aparte e inclúyala en su aplicación.																	
FAMILY INFORMATION	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"> ➢ <input type="checkbox"/> Sí ➢ <input type="checkbox"/> No ➢ ¿Esta personal recibe un pago estatal, tribal o de SSI en nombre del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 																	
¿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%;"><input type="checkbox"/> TANF</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario (SSI) por discapacidad</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ingreso por Hogar Temporal</td> </tr> <tr> <td>➢ ¿Es solamente para el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td>➢ Relación de la persona con el/la niño(a): _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>➢ ¿Cuenta usted con un subsidio para guardería de Working Connections? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario (SSI) por discapacidad	<input type="checkbox"/> Ingreso por Hogar Temporal	➢ ¿Es solamente para el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	➢ Relación de la persona con el/la niño(a): _____		➢ ¿Cuenta usted con un subsidio para guardería de Working Connections? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario (SSI) por discapacidad	<input type="checkbox"/> Ingreso por Hogar Temporal															
➢ ¿Es solamente para el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	➢ Relación de la persona con el/la niño(a): _____																
➢ ¿Cuenta usted con un subsidio para guardería de Working Connections? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																	
❖ Ingreso familiar total aproximado para el año calendario más reciente o durante los últimos 12 meses: _____ 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? <input type="checkbox"/> Sí – Número de horas aprobadas a la semana: _____ <input type="checkbox"/> No																	
❖ ¿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? <input type="checkbox"/> Rentamos <input type="checkbox"/> Propietarios <input type="checkbox"/> Otro – Si marca esta respuesta, por favor llene el <i>Cuestionario de Vivienda adjunto</i>																	
¿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><input type="checkbox"/> Sitio en la Web</td> <td><input type="checkbox"/> Evento Comunitario</td> <td><input type="checkbox"/> Volante</td> <td><input type="checkbox"/> Medios de comunicación</td> <td><input type="checkbox"/> Correr de Voz</td> <td><input type="checkbox"/> Personal del sitio</td> <td><input type="checkbox"/> Padre/Madre anterior</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Agencia/trabajador de caso comunitarios – Por favor especifique: _____ </td> <td colspan="3"> <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)

