Solicitud para la Educación Temprana 2019-2020

Early Learning psesd excellence & equity in education Puget Sound Educational Service District

¡Bienvenidos! Por favor llene un paquete de aplicación por niño y adjunte los documentos requeridos.

La elegibilidad para nuestros programas se determina por la edad del niño y el ingreso familiar, no por la fecha de la solicitud.

¡Nuestros programas se llenan rápido, por lo tanto entregue su solicitud lo antes posible!

La información de su solicitud es confidencial y se utiliza solamente para determinar la elegibilidad de su hijo para nuestros Programas de Educación Temprana.

No requerimos, revisamos ni reportamos estado migratorio ni estado de DSHS.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Por favor comuníquese con nosotros si necesita ayuda para llenar la solicitud, o si no tiene todos los documentos requeridos.

1

Solicitud: Llene el formulario de solicitud a continuación utilizando un bolígrafo de tinta negra o azul.

2

Comprobante de Ingreso: Adjunte una copia del comprobante de sus ingresos familiares.

Utilice todos los que correspondan:

- Declaración del impuestos del año pasado
- Formulario W-2 del año pasado
- Talones de pago de los pasados 12 meses
- Cartas de adjudicación de beneficios de SSI/TANF de los pasados 12 meses
- Subsidio por cuidado de acogida temporal
- Manutención infantil
- Carta de su empleador en la que se indique su ingreso bruto total de los pasados 12 meses

3

Comprobante del Tamaño de la Familia: Adjunte una copia del comprobante del tamaño de su familia.

Puede ser cualquiera de estos:

- Declaración del impuesto sobre la renta del año pasado
- Contrato de arrendamiento o de vivienda
- Cartas de adjudicación de beneficios (TANF, SSI, etc.)
- Registros escolares
- Un documento judicial o legal
- WA HealthPlan Finder tax doc

4

Comprobante de la Edad del Niño: Adjunte una copia del comprobante de la fecha de nacimiento de su hijo.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Carta de Autorización para Cuidado de Acogida Temporal
- Registro de Vacunas actualizado
- Lista de crianza residencial del DOC

5

Comprobante de Tutela Legal: Adjunte una copia del comprobante de la tutela legal.

Puede ser cualquiera de estos:

- Acta de Nacimiento
- Pasaporte/Visa
- Documentos de Adopción
- Registro de Cuidado de Acogida Temporal
- Acuerdo escrito, fechado y firmado por uno de los padres y por la persona que asume responsabilidad sobre la custodia

- **Por favor asegúrese de incluir el comprobante de su ingreso. No podemos procesar su solicitud si no tenemos esta información.**
- **Llame a nuestra oficina si usted recibe otro tipo de documentos que no aparecen listados anteriormente.**
- **Sería útil incluir también una copia de lo siguiente:**
  1. **Una copia del registro de vacunas de su hijo al corriente**
  2. **El IFSP/IEP actual, si corresponde**
  3. **Examen de salud infantil más reciente**
  4. **Examen dental más reciente**

Entregue su solicitud debidamente llenada, junto con sus documentos a:

Dirección:
Franklin Pierce Hewins Early Learning Center
12223 A Street South
Tacoma, WA 98444

Número Telefónico: 253-298-4675

Solicitud para la Educación Temprana 2019-2020

Para uso exclusivo del personal:
AM☐ PM☐ Kindergarten_____

Información sobre el Niño – General

Nombre: Inicial del Segundo Nombre: Apellido:

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): Género: ☐M ☐F

¿Cuál es el idioma natal de su hijo? 2do idioma:

¿Su hijo es hispano/latino? ☐Sí ☐No

¿Cuál es la raza de su hijo? 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?

¿Su hijo ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el **más reciente**:

☐Ninguno
☐Cualquier Programa de Visita Domiciliaria de Birth to Three
☐Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT)
☐Head Start/Early Head Start/ECEAP en este centro
☐Head Start/Early Head Start/ECEAP en otro centro
☐Head Start Migrante/ de Temporada en el Estado de Washington

¿Cuándo fue la última vez que asistió? _____ Nombre y ubicación del Programa: _____

¿El niño se encuentra inscrito actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? ☐Sí ☐No

¿El hermano(a) de este niño se encuentra inscrito(a) actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? ☐Sí ☐No

Las siguientes preguntas son solamente de información. Responder "Sí" no afectará su elegibilidad o inscripción en el programa.

¿Su hijo se encuentra bajo cuidado oficial de acogida temporal/con parientes y recibe un subsidio de cierta cantidad?
☐Sí- # de Caso o # de ID del Cliente _____ ☐No
Cantidad y fuente del subsidio/pago mensual _____ ☐DSHS ☐SSI ☐Tribu ☐Otro
de niños cubiertos por la cantidad del subsidio _____

¿Su hijo se encuentra bajo cuidado con parientes sin recibir un subsidio de cierta cantidad? ☐Sí ☐No

¿Su hijo fue adoptado después de haber estado bajo cuidado de acogida temporal o con parientes? ☐Sí ☐No

¿Alguna vez se le ha solicitado a su hijo que se retire de un centro de guardería o escuela preescolar debido a problemas de conducta? ☐Sí ☐No

¿Su familia se encuentra recibiendo actualmente servicios a través de lo siguiente?
☐Servicios de Protección Infantil (CPS) ☐Respuesta a una Evaluación Familiar (FAR) ☐Bienestar Infantil Indio (ICW)? ☐Ninguno

¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS o de ICW 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

Información Sobre la Salud y el Desarrollo del Niño

¿Este niño cuenta con seguro médico? ☐Sí ☐No
Sí, ¿de qué tipo? ☐Washington Apple Health/ProviderOne ☐Seguro Privado ☐Tribal ☐Cobertura Médica Militar

¿Este niño cuenta con doctor o clínica médica de uso regular?
☐Sí – Nombre de la clínica/proveedor _____ ☐No
Nombre del profesional médico _____

¿A este niño se le hizo un examen de bienestar infantil dentro de los pasados 12 meses? ☐Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año): _____ ☐No ☐Fecha Desconocida

¿Este niño cuenta con seguro dental? ☐Sí ☐No
Sí, ¿qué tipo? ☐Washington Apple Health/ProviderOne ☐ Seguro Privado ☐Tribal ☐ Cobertura Médica Militar ☐ABCD

¿Este niño cuenta con dentista o clínica dental de uso regular?
☐Sí - ☐Sí- Nombre de la clínica/proveedor _____ ☐No
Nombre del profesional dental _____

Información Sobre la Salud y el Desarrollo del Niño, continuación

¿A este niño se le hizo un examen dental dentro de los pasados 6 meses? ☐Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año): _____ ☐No ☐ Fecha Desconocida

¿Su hijo ha sido diagnosticado por un Proveedor de Cuidado de la Salud con una o más afecciones de salud graves/crónicas; tales como asma, diabetes, convulsiones, afección cardiaca o alergias mortales?

☐Sí – Por favor describa: _____ ☐No

¿Cuál es el estado de vacunas de su hijo? ☐Totalmente vacunado ☐Exento ☐Ni totalmente vacunado ni exento

¿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.) ☐Afectado por drogas/alcohol

☐Audición ☐Motricidad fina/ motricidad gruesa

☐Visión ☐Salud mental – Describa: _____

☐Dolor/caries dentales/encías que sangran ☐Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa: _____

¿Su hijo posee actualmente un Plan de Educación Individualizada (IEP) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP)? ☐Sí ☐No

Sí, marque todas las categorías del IEP/IFSP e incluya una copia del mismo junto con su solicitud:

☐Autismo ☐Discapacidad intelectual ☐Discapacidad de aprendizaje especifica

☐Sordo-ceguera ☐Discapacidades múltiples ☐Discapacidad del habla/lenguaje

☐Retraso en el desarrollo ☐Discapacidad ortopédica ☐Lesión cerebral traumática

☐Trastorno emocional ☐Otra discapacidad de salud ☐Discapacidad visual

☐Discapacidad auditiva

Fecha inicial del IEP: _____ Fecha final del IEP: _____ ¿Qué escuela emitió el IEP? _____

¿Existe una Escuela Preescolar de Educación Especial o un Programa Birth-to-Three disponible/accesible para usted? ☐Sí ☐No ☐No lo sé

Si la respuesta es no, ¿**sospecha** que su hijo posee un retraso o una discapacidad de desarrollo?

☐Sí – ☐Habla/lenguaje ☐No

☐Conducta – Describa: _____

☐Otra – Describa: _____

Información Sobre la Familia

	Padre/Madre/Tutor 1	**Padre/Tutor/Madre 2**
Nombre:		
Relación con el niño	☐Biológico/Adoptivo/Padrastro(Madrastra) ☐Padre/Madre de Acogida ☐Tío/Tía ☐Otro _____ ☐Abuelo(a)	☐Biológico/Adoptivo/Padrastro(Madrastra) ☐Padre/Madre de Acogida ☐Tío/Tía ☐Otro _____ ☐Abuelo(a)
Género	☐M ☐F ☐No especificado	☐M ☐F ☐No especificado
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		
Dirección		
Teléfono	_____ ☐Hogar ☐Celular ☐Empleo	_____ ☐ Hogar ☐Celular ☐Empleo
Teléfono Alterno	_____ ☐ Hogar ☐Celular ☐Empleo	_____ ☐ Hogar ☐Celular ☐Empleo
Correo Electrónico		
¿Era usted menor de 18 años cuando nació su primer hijo?	☐Sí ☐No ☐N/A	☐Sí ☐No ☐N/A
¿Necesita intérprete?	☐Sí ☐No Sí, ¿qué idioma(s) habla? _____	☐Sí ☐No Sí, ¿qué idioma(s) habla? _____

Información Sobre la Familia, continuación

	Padre/Tutor 1	Padre/Tutor 2
¿Cuál es el nivel académico **más alto** que obtuvo?	☐6º grado o menos ☐7º a 12º grado, sin 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, sin 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 ☐Jubilado/Discapacitado ☐Por temporada	☐Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? _____ Nombre & # de teléfono del empleador_____ _____ ☐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 activo en el servicio militar de EE.UU?	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
¿Es miembro de una unidad en la Guardia Nacional o en las Reservas Militares?	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
¿Es veterano militar de EE.UU?	☐Sí ☐No	☐Sí ☐No

Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan:

☐Previamente sin hogar (en los pasados 12 meses)

☐El padre/madre/tutor del niño es discapacitado

☐El padre/madre/tutor del niño se encuentra actualmente/recientemente desplegado en una zona de combate

☐El padre/madre/tutor del niño está en prisión

☐Enfermedad mental dentro del núcleo familiar/consejería, incluyendo depresión materna

☐El padre/madre/tutor del niño es un trabajador migrante

☐Violencia intrafamiliar (en el pasado o actualmente)

☐Problemas de drogas/alcohol o abuso de sustancias dentro del núcleo familiar

☐La familia se encuentra socialmente aislada, con una falta de contacto con otros total o parcial

☐Otros miembros del núcleo familiar no cuentan con seguro medico/dental

☐ Otros miembros del núcleo familiar no cuentan con un hogar médico/dental

☐El padre/madre/tutor del niño tiene problemas de salud

☐ El padre/madre/tutor del niño tiene dificultades para aprender

☐Problemas de vivienda

☐Obtener o mantener un empleo

☐Preocupaciones legales

☐Inmigrante/refugiado reciente (en los pasados 5 años)

☐Un miembro de la familia acaba de fallecer

Información Sobre la Familia, continuación

Solicitud para la Educación Temprana 2019-2020

El niño vive con:

☐Uno de sus padres/tutores ☐Sus dos padres/tutores en el mismo hogar

☐Sus dos padres/tutores en dos hogares diferentes– ¿Uno de los dos hogares cuenta con la custodia legal principal?

☐Sí - ¿cuál de los dos padres cuenta con la custodia principal (escriba el nombre)?

_____

☐No - ¿uno de los padres recibe pagos de manutención infantil de parte del otro hogar?

☐Sí - ¿cuál de los dos padres recibe los pagos de manutención infantil (escriba el nombre)? _____

☐No

¿Cuál es el **número total** de miembros de la familia que viven en su hogar, incluyéndolos a usted y a su hijo? _____

A continuación por favor enumere a las personas que viven en su hogar, no se incluya ni a usted ni a su hijo.

Nombre (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?
			☐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

¿Usted, su hijo u otra persona que vive en su hogar, que esté relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción recibe estos tipos de Asistencia Pública? Marque todas las que correspondan:

☐SSI por discapacidad – ¿Quién lo recibe? ☐Niño ☐Padre/Madre/Tutor/ ☐Otro– Relación con el niño: _____

☐Efectivo de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Marque si también recibe lo siguiente: ☐TANF solo para el niño ☐WorkFirst

☐Subsidio para Guardería de Working Connections

¿Cuál es su ingreso familiar **total aproximado** para el año calendario pasado o durante los pasados 12 meses? _____

¿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 que su hijo puede ser elegible para recibir.**

☐Alquilan ☐Dueños ☐ En un motel ☐ En un refugio ☐ En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar ☐ Vivienda de Transición

☐ Moviéndose de lugar en lugar/ de sillón en sillón ☐ En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)

☐ En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia:

- ☐ Por opción propia (ej. Con el fin de ahorrar dinero para planes futuros, para estar cerca de la familia)
- ☐ Debido a una pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar

☐ Otro – Por favor describa: _____

_____

¿Cómo se enteró de nuestro programa? Marque todas las que correspondan:

☐Sitio en la red ☐Evento comunitario ☐Personal del sitio ☐Agencia comunitaria/trabajador social (escriba el nombre): _____

☐Medios de Comunicación ☐Alguien le contó ☐Padre anterior ☐Otro – Por favor especifique: _____

☐Volante

Padre/madre/tutor, por favor firme en la siguiente página.

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.*
- *Con el fin de 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			
Child's Age:	**Total Verified Family Size:**	**Total Verified Income:**	**Total Points:**
Site Name/ID:		**Date received:**	
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 mother's slot? ☐Yes ☐No		**If yes, mother's name:** _____	

FOR HOMELESS FAMILIES - Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:

☐Child care resources	☐Immunization/medical records	☐Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF
☐Clothing resources	☐Vision referral	☐College/vocational/technical resources
☐School supplies	☐Hygiene products/toiletries	☐School transportation (if site provides)
☐Medical/dental referral	☐Food resources	☐Other: _____
☐Housing/shelter referral	☐Birth certificate	_____

Staff Name & Signature: _____ **Date:** _____

Ask the family this question, required in ELMS: "If you could choose the length of day for your child's preschool, which is best for your child and family?

- ☐ **Part Day – 3 hours, 3-4 days a week**
- ☐ **Full School Day – 6 hours, 4-5 days a week**
- ☐ **Extended Day – available all day, all year, like a child care center**

Explain that this is for information-gathering only and that these options may not all be available at your center/site.