**Información Sobre el Niño – General**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primer Nombre: Click or tap here to enter text. | Inicial del Segundo Nombre: Click or tap here to enter text. | Apellido: Click or tap here to enter text. |
| Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año): Click or tap to enter a date. | Género del Niño: [ ] M [ ] F |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuál es el idioma natal de este niño? Click or tap here to enter text. | 2do idioma: Click or tap here to enter text. |
| 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 otro idioma que no es el 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: Click or tap here to enter text. |
| ¿Cuál es la ascendencia/tribu/ país de origen de su familia? |

|  |
| --- |
| ¿Este niño ha asistido anteriormente a estos programas? Marque solamente el **más reciente**: |
| [ ] Ninguno[ ]  Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT) o Cualquier Programa de Visita Domiciliaria de Birth to Three | [ ] Head Start/Early Head Start/ECEAP en el condado King o Pierce/Estado de Washington [ ] Head Start/Early Head Start/ECEAP en otro condado del Estado de Washington  | [ ]  Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar del Estado de Washington |
| ¿Cuándo asistió este niño? Click or tap here to enter text. | Nombre y ubicación del Programa: Click or tap here to enter text. |
| ¿Este niño se encuentra inscrito actualmente en un lugar comunitario dentro de este centro? [ ] Sí [ ] No |
| ¿Este niño es el **hermano** de un niño inscrito actualmente en este sitio? [ ] 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? Click or tap here to enter text. |
| ¿Cuál es el subsidio/cantidad del pago mensual y la fuente? **$** Click or tap here to enter text.# de niños cubiertos por la cantidad del subsidio: Click or tap here to enter text. | [ ] DSHS [ ] SSI [ ] Tribu [ ] Otro |
| ¿Este niño se encuentra bajo cuidado con parientes **sin** recibir un subsidio de cierta cantidad? [ ] Sí [ ] No |
| ¿Este niño fue adoptado después de haber estado bajo cuidado de acogida temporal o con parientes? [ ] Sí [ ] No |
| ¿Su familia se encuentra recibiendo actualmente servicios a través de los Servicios de Protección Infantil (CPS), Respuesta a una Evaluación Familiar (FAR), o de Bienestar Infantil Indio (ICW)? [ ] Sí [ ] No |
| ¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/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? Click or tap here to enter text.[ ] 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 ¿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: Click or tap here to enter text. | Nombre del profesional médico: Click or tap here to enter text. |
| [ ] No |
| ¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 meses anteriores? |
| [ ]  Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año): Click or tap to enter a date. |
| [ ] No | [ ]  Fecha desconocida |
| ¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo? [ ] Completamente vacunado [ ] Exento [ ] Ni completamente vacunado ni exento [ ] No estoy seguro |

|  |
| --- |
| ¿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: Click or tap here to enter text. | Nombre del profesional médico: Click or tap here to enter text. |
| [ ] No |
| ¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 meses anteriores? |
| [ ]  Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año): Click or tap to enter a date. |
| [ ] No | [ ]  Fecha desconocida |

|  |
| --- |
| ¿Este niño ha sido diagnosticado por un Proveedor de Cuidado de la Salud con una o más afecciones de salud graves/crónicos? (estas pueden incluir asma, cáncer, diabetes, convulsiones, hiperactividad, autismo, espina bífida, anemia drepanocítica o alergias mortales) |
| [ ]  Sí – Por favor descríbalo: Click or tap here to enter text. | La afección de salud se considera: [ ] Severa [ ] Moderada [ ] Leve |
| [ ] 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 | [ ] Nacimiento antes de término, menos de 37 semanas [ ]  Motricidad fina/ motricidad gruesa | [ ]  Afectado por drogas/alcohol[ ]  Dolor/caries dentales/encías que sangran |
| [ ] Visión | [ ]  Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa: Click or tap here to enter text. |

|  |
| --- |
| ¿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 | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. |
| 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) | Click or tap to enter a date. | Click or tap to enter a date. |
| Dirección | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. |
| Teléfono | Click or tap here to enter text. | [ ] Hogar [ ] Celular[ ] Empleo | Click or tap here to enter text. | [ ] Hogar [ ] Celular[ ] Empleo |
| Teléfono Alterno | Click or tap here to enter text. | [ ] Hogar [ ] Celular[ ] Empleo | Click or tap here to enter text. | [ ] Hogar [ ] Celular[ ] Empleo |
| Dirección de Correo Electrónico  | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. |
| ¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño?  | [ ] Sí [ ] No [ ] N/A | [ ] Sí [ ] No [ ] N/A |
| ¿Qué idioma(s) habla? | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. |
| ¿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: Click or tap here to enter text. | [ ]  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: Click or tap here to enter text. |
| ¿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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Padre/Madre/Tutor 1** | **Padre/Madre/Tutor 2** |
| ¿Cuenta actualmente con empleo? | [ ] Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)?Click or tap here to enter text. Nombre & # de teléfono del empleador:Click or tap here to enter text. [ ] No[ ] Jubilado/Discapacitado[ ] Por temporada | [ ] Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)?Click or tap here to enter text. Nombre & # de teléfono del empleador:Click or tap here to enter text. [ ] 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)?Click or tap here to enter text.Nombre de la Escuela & carrera/meta:Click or tap here to enter text. [ ] No | [ ] Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)?Click or tap here to enter text.Nombre de la Escuela & carrera/meta:Click or tap here to enter text. [ ] No |
| ¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst? | [ ] Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: Click or tap here to enter text.[ ] No | [ ] Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: Click or tap here to enter text.[ ] 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: |
| [ ]  El padre/madre/tutor del niño es discapacitado o padece de una enfermedad crónica y:[ ] No es capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar [ ] Es un tanto capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar[ ]  Es en su mayoría capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar[ ]  El padre/madre/tutor del niño tiene dificultades para aprender, no es discapacitado | [ ]  Enfermedad mental dentro del núcleo familiar/consejería, incluyendo depresión materna (el niño ha sido diagnosticado o el adulto está atravesando por ella)[ ]  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[ ]  Obtener o mantener un empleo | [ ] Preocupaciones legales[ ]  El padre/madre/tutor del niño es un trabajador migrante[ ]  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)[ ] Las padres/tutores del niño se han divorciado o separado durante la vida del niño [ ]  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.** |
| [ ] 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: Click or tap here to enter text. |

**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: Click or tap here to enter text.[ ]  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 |

|  |
| --- |
| **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) | 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? |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] Sí [ ] No | [ ] Sí [ ] No |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap to enter a date. | Click or tap here to enter text. | [ ] 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? Click or tap here to enter text. |
| ¿Cuál es su ingreso familiar **total aproximado** para el año calendario pasado o durante los pasados 12 meses? Click or tap here to enter text. |

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):** Click or tap here to enter text. | **Staff Initials:** Click or tap here to enter text. |
| (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked) |

|  |
| --- |
| **Staff Only** |
| **Child’s Age:** Click or tap here to enter text. | **Total Verified Family Size:** Click or tap here to enter text. | **Total Verified Income:** Click or tap here to enter text. | **Total Points:** Click or tap here to enter text. |
| **Site Name/ID:** Click or tap here to enter text. | **Date received:** Click or tap here to enter text.(This date will determine eligibility timeframe) |
| **Date staff reviewed application with family:** Click or tap here to enter text. | **Date sent to PSESD (N/A for ECEAP only sites):** Click or tap here to enter text. |
| **EHS Only - Is this child a newborn taking the mother’s slot?** [ ] **Yes** [ ] **No** | **If yes, mother’s name:** Click or tap here to enter text. |
| **For Homeless Families – Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:** |
| [ ] Child care 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: Click or tap here to enter text. |
|  |
| **Staff Name & Signature:** Click or tap here to enter text. | **Date:** Click or tap here to enter text. |