**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 CelularEmpleo | | Click or tap here to enter text. | Hogar CelularEmpleo | |
| Teléfono Alterno | Click or tap here to enter text. | Hogar CelularEmpleo | | Click or tap here to enter text. | Hogar CelularEmpleo | |
| 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. | | |