

Olympic Community Action Programs/Programas de Acción Comunitaria

Servicios de Educación Temprana

Gracias por su interés en registrar a su niño en el programa Head Start/Early Head Start /ECEAP

Para poder procesar su aplicación tenemos que tener lo siguiente:

1. **Prueba de ingresos de los últimos 12 meses.** Esto puede ser la primera página de su más reciente reembolso de Impuestos donde indica sus ingresos totales. Su W-2, o el recibo más reciente de pago que indica los ingresos recibidos hasta la fecha, TANAF o ingresos de SSI, o una carta de su empleador/patrón. Si usted no tiene eso, por favor comuníquese con nosotros para más instrucciones
2. **Acta de Nacimiento.** Certificado del Estado, o copia de nacimiento del hospital u otro documento legal como un pasaporte.

Por favor asegúrese de completar la sección de Consideraciones Especiales/Prioridad de Registro en el última página de la aplicación que corresponda a su familia. El programa no elige a los que aplican primero pero es un requisito asegurar que los niños y las familias con mas necesidades tienen la primera oportunidad.

La aplicación debe tener la **firma y fecha** en la última página.

Es importante que tengamos una manera segura de comunicarnos con usted. Escriba claramente, incluyendo su número de teléfono, o dirección de e-mail. Si usted solo recibe mensajes de texto háganoslo saber.

Para las familias con niños diagnosticados con **necesidades especiales** por favor incluya una copia **actualizada de su IEP o IFSP**. Esto asegurara que recibirá el lugar apropiado en la lista de espera.

Regrese la aplicación firmada a:

Carol Johnson/Family Service Specialist
OlyCAP
228 W 1st Street Suite J
Port Angeles, WA 98362
(360) 302-1237
ecsapps@olycap.org

Selección previa y solicitud de ECEAP 2024-2025 (Formulario combinado) 2024-2025 ECEAP Prescreen & Application (Combined Form)

Año escolar para el que presenta solicitud: _____

Entregar a: Olympic Community Action Programs - ECS
228 W 1st St, Suite J, Port Angeles, WA 98362

Sección 1: Información del niño

Nombre legal _____ Segundo nombre _____ Apellido legal _____

Fecha de nacimiento del niño _____ Apellido _____ Identidad de género _____

¿El niño es un niño indígena, según la definición en WAC 110-425-0030? Sí No

IEP - ¿Este niño tiene un plan de educación individualizado (IEP)?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Se determinó que el niño era elegible para servicios de educación especial con evaluaciones de un distrito escolar o escuela tribal, pero el padre, la madre o el tutor rechazó los servicios.	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
CPS - ¿La familia de este niño está involucrada activamente con, o recibiendo apoyos de, sistemas tribales o estatales como Servicios de Protección para Niños (CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (FAR), Bienestar de Niños Indígenas (ICW), servicios tribales comparables o con el sistema policial o judicial, en referencia a maltrato, descuido o agresión sexual contra niños?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Cuidado de crianza - ¿Este niño está en cuidado de crianza oficial? <i>Esto significa que hay una autorización de un estado o una tribu a un cuidador que establece que es una colocación de cuidado de crianza.</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Familiares – ¿Este niño está en cuidado de familiares con un pariente u otra persona apropiada, con o sin subsidio?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Adopción después de cuidado de crianza/familiar - ¿Este niño fue adoptado después de cuidado de crianza, cuidado de familiares o después de vivir en un orfanato en otro país (<i>no incluye otras adopciones</i>)?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
SNAP - ¿Este niño pertenece a una familia que es elegible para recibir ayuda del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria del Departamento de Agricultura de EE. UU., o SNAP, que en Washington se denomina Alimentos Básicos?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Vivienda (seleccione una opción)

<input type="checkbox"/>	Alquilan o poseen una residencia adecuada
<input type="checkbox"/>	Comparten vivienda en un acuerdo de vivienda cooperativa con familiares o amigos
<input type="checkbox"/>	Comparten vivienda con otra familia debido a la pérdida de su vivienda, dificultades económicas o motivos similares
<input type="checkbox"/>	En un albergue de emergencia o de transición
<input type="checkbox"/>	Duermen en un hotel, motel, automóvil, parque, campamento o lugar similar
<input type="checkbox"/>	Se mudan de un lugar a otro (con distintos amigos)
<input type="checkbox"/>	Vivienda inadecuada, por ejemplo, sin agua, calefacción o electricidad; con moho excesivo; o sin instalaciones para cocinar

Idioma Este niño habla (seleccione solo una opción)

<input type="checkbox"/>	Solo inglés	Idioma principal del niño:
<input type="checkbox"/>	Principalmente inglés, y algo de otro idioma familiar	
<input type="checkbox"/>	Algo de inglés, y principalmente otro idioma familiar	Idioma secundario del niño:
<input type="checkbox"/>	Inglés y otro idioma al nivel apropiado para su edad (bilingüe)	
<input type="checkbox"/>	Solamente el idioma familiar, distinto a	

¿Este niño es hispano/latino? Sí No

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Argentino | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño |
| <input type="checkbox"/> Boliviano | <input type="checkbox"/> Hondureño | <input type="checkbox"/> Salvadoreño |
| <input type="checkbox"/> Chileno | <input type="checkbox"/> Mexicano o mexicano-estadounidense (Chicano) | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Nicaragüense | <input type="checkbox"/> Uruguayo |
| <input type="checkbox"/> Costarricense | <input type="checkbox"/> Panameño | <input type="checkbox"/> Venezolano |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Peruano | <input type="checkbox"/> Latinoamericano |
| <input type="checkbox"/> Dominicano | | <input type="checkbox"/> Otro <i>hispano o latino</i> |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | | |

¿A qué raza(s) considera que pertenece este niño? (Marque todas las que correspondan)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indígena americano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Chehalis | <input type="checkbox"/> Fiyiano |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Chinook | <input type="checkbox"/> Guameño |
| <input type="checkbox"/> Aleut (Unangan) | <input type="checkbox"/> Colville | <input type="checkbox"/> Kosraense |
| <input type="checkbox"/> Alutiiq | <input type="checkbox"/> Cowlitz | <input type="checkbox"/> Mariano |
| <input type="checkbox"/> Athabaskan | <input type="checkbox"/> Duwamish | <input type="checkbox"/> Marshalés |
| <input type="checkbox"/> Esquimal (Inupiaq o Yupik) | <input type="checkbox"/> Hoh | <input type="checkbox"/> Melanesio |
| <input type="checkbox"/> Eyak | <input type="checkbox"/> Jamestown | <input type="checkbox"/> Micronesio |
| <input type="checkbox"/> Haida | <input type="checkbox"/> Kalispel | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> Tlingit | <input type="checkbox"/> Kikiallus | <input type="checkbox"/> Palauano |
| <input type="checkbox"/> Tsimshian | <input type="checkbox"/> Lower Elwha | <input type="checkbox"/> Papú |
| <input type="checkbox"/> Otro nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Lummi | <input type="checkbox"/> Ponapeño |
| | <input type="checkbox"/> Makah | <input type="checkbox"/> Samoano |
| | <input type="checkbox"/> Muckleshoot | <input type="checkbox"/> Salomonense |
| | <input type="checkbox"/> Nisqually | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| | <input type="checkbox"/> Nooksack | <input type="checkbox"/> Tarawense |
| | <input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam | <input type="checkbox"/> Tokelauense |
| | <input type="checkbox"/> Puyallup | <input type="checkbox"/> Tongano |
| | <input type="checkbox"/> Quileute | <input type="checkbox"/> Trukés (chuukés) |
| | <input type="checkbox"/> Quinault | <input type="checkbox"/> Vanuatuense |
| | <input type="checkbox"/> Samish | <input type="checkbox"/> Yapés |
| | <input type="checkbox"/> Sauk-Suiattle | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Shoalwater | |
| | <input type="checkbox"/> Skokomish | |
| | <input type="checkbox"/> Snohomish | |
| | <input type="checkbox"/> Snoqualmie | |
| | <input type="checkbox"/> Snoqualmoo | |
| | <input type="checkbox"/> Spokane | <input type="checkbox"/> Se negó a informar el grupo étnico del niño |
| | <input type="checkbox"/> Squaxin Island | <input type="checkbox"/> Se negó a informar la raza del niño |
| | <input type="checkbox"/> Steilacoom | |
| | <input type="checkbox"/> Stillaguamish | |
| | <input type="checkbox"/> Suquamish | |
| | <input type="checkbox"/> Swinomish | |
| | <input type="checkbox"/> Tulalip | |
| | <input type="checkbox"/> Upper Skagit | |
| | <input type="checkbox"/> Yakama | |
| | <input type="checkbox"/> Otro indígena americano | |

Sección 2: Miembros del hogar

Escriba la información de todas las personas que vivan en el hogar y que se cuenten para el tamaño de la familia.

En el caso de familias que vivan temporalmente con parientes, no incluya a los anfitriones.

En el caso de familias con dos hogares en las que haya custodia compartida sin padre/madre principal y sin manutención:

- Incluya a los miembros de ambos hogares en la tabla.
- Marque a los miembros del segundo hogar.
- Después conteste las preguntas sobre sustento financiero y relaciones.

❖ **El personal usará esta información para calcular el tamaño de la familia y determinar el ingreso mediano estatal (SMI)**

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el niño en ECEAP	¿El padre, la madre o el tutor del niño en ECEAP es el sustento financiero de esta persona? * <i>Vea la nota de abajo para personas de 19 años o más.</i>	¿Esta persona tiene parentesco biológico, político o por adopción con el padre, la madre o el tutor del niño en ECEAP?
Niño en ECEAP:			Niño en ECEAP	Sí	Sí
Padre/madre/tutor:				Sí	Sí
Padre/madre/tutor:				Sí	Sí

* Responda No en el caso de una persona de 19 años de edad o más que tenga ingresos, ganados o no, que cubran más de la mitad de sus gastos. Responda Sí si los padres del niño en ECEAP pagan más de la mitad de sus gastos.

Para uso exclusivo del personal:

Tamaño de la familia para la tabla de SMI _____

En el caso de niños en cuidado de crianza, cuidado de familiares o adoptados después de cuidado de crianza o cuidado de familiares, el tamaño de la familia es 1.

Para todos los demás niños, cuente a las personas con Sí en las dos preguntas anteriores.

Sección 3: Información de contacto de la familia

Contacto 1:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:	¿Necesita un intérprete para comunicarse con personas que hablan en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, ¿qué idioma(s) habla?			
Dirección física	Departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal	Departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Teléfono	Teléfono alternativo		
Contacto 2:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:				
Contacto 3:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:				
Contacto 4:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:				

Sección 4: El niño vive con

Un padre/madre/tutor (nombre): _____ **Vaya a la sección 5**

Dos padres o tutores en el mismo hogar (nombres): _____

Dos padres o tutores en dos hogares

Si marcó esta opción, conteste estas preguntas para determinar los ingresos de cuáles padres se tomarán en cuenta para su elegibilidad para ECEAP.

¿Uno de los hogares tiene custodia legal primaria? Sí No

Si contestó que **sí**, ¿cuál de los padres tiene custodia primaria? _____

Cónyuge de este padre/madre, si lo tiene _____ **Vaya a la sección 5**

Si contestó que **no**, el ECEAP contará los ingresos del padre/madre/tutor legal de cada hogar. No incluya a sus cónyuges. Escriba aquí los nombres de los padres legales:

Hogar 1:	Hogar 2:			
Hogar 2:	Relación con el niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre:	¿Necesita un intérprete para comunicarse con personas que hablan en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, ¿qué idioma(s) habla?			
Dirección física	Departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal	Departamento	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Teléfono	Teléfono alternativo		

Sección 5: Empleo, capacitación y otras actividades de los padres

Conteste las siguientes preguntas para cada padre/madre/tutor mencionados en la pregunta 3.

No cuente las mismas horas en más de una categoría. Por ejemplo:

- No cuente las mismas horas de la semana para empleo y para WorkFirst.
- No cuente las mismas horas de cuidado de niños de CPS por separado para dos padres.

	Padre / Madre / Tutor 1 Nombre:	Padre / Madre / Tutor 2 Nombre:
¿Está empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, horas remuneradas promedio por semana		
b. Si contestó que sí, escriba el nombre del empleador (no escriba "desconocido" ni N/A)		
c. Si contestó que sí, escriba el número telefónico o correo electrónico del empleador		
¿Asiste a la escuela o capacitación laboral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, horas de clase por semana		
b. Si contestó que sí, horas de estudio por semana (máximo 10)		
c. Si contestó que sí, escriba el nombre de la escuela u organización capacitadora.		
d. Si contestó que sí, escriba su objetivo o carrera.		
¿Traslados entre la guardería y su trabajo/escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, horas por semana (máximo 10)		
¿Horas de cuidado de niños de CPS/FAR/ICW no contadas antes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Horas adicionales de cuidado de niños por semana aprobadas por CPS		
¿Horas aprobadas de WorkFirst no contadas antes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si contestó que sí, nombre de la actividad.		
b. Si contestó que sí, horas totales por semana		
¿Uno de los padres está discapacitado y no puede trabajar ni cuidar al niño mientras el otro trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si cualquiera de los padres tiene más de 55 horas en total por semana, explique:		

Sección 6: ¿Cómo se enteró del ECEAP?

- Sitio de internet del DCYF
 Evento comunitario
 Volante
 Empleado del ECEAP
 De boca en boca
 Trabajador social
 Medio de comunicación
 Agencia comunitaria - nombre de la agencia: _____
 Otro

Sección 7: Encuesta para planeación estatal

Si pudiera elegir la duración de la jornada en el preescolar de su hijo, ¿cuál sería la mejor opción para su hijo y su familia?

Recuerde que es posible que no todas estas opciones estén disponibles en su comunidad este año.

- Día parcial - alrededor de tres horas, de tres a cuatro días por semana.
 Día escolar - alrededor de seis horas, de cuatro a cinco días a la semana.
 Día laboral - disponible todo el día, todo el año, como un centro de cuidado de niños.

Sección 8: Situación del hogar

- ¿Su hogar recibe vivienda con subsidio, como un cupón de vivienda o asistencia en efectivo para vivienda?
 Sí No
- ¿Su hogar actualmente recibe un subsidio para cuidado de niños de Working Connections para este niño?
 Sí No

Sección 9: Ingresos recibidos por los padres o tutores del niño

En el caso de niños en cuidado de crianza, cuidado de familiares o adoptados después de cuidado de crianza o cuidado de familiares, llene este cuadro y vaya a la sección 10

- Subsidio o pago mensual por cuidado de crianza, cuidado de familiares o apoyo a la adopción \$ _____
- Número de niños cubiertos por este subsidio o pago _____
- Número de caso o número de identificación del cliente, si tiene: _____
- Origen del pago (marque): DSHS SSI Tribu Otro _____

¿Recibió ingresos durante el último año calendario o durante los 12 meses anteriores? Sí No

Si contestó que no, escriba el motivo por el que no tiene ingresos y explique cómo cubre sus necesidades básicas:

Escriba todos los ingresos de la familia en un año en la siguiente tabla.

Seleccione una opción: Año calendario anterior 12 meses anteriores

Persona(s) con ingresos	Tipo	Importe semanal	Número de semanas que lo recibió	Importe mensual	Número de meses que lo recibió	Anual Importe
	W-2					\$
	W-2					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripciones del IRS					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripciones del IRS					\$
	Recibos de nómina de 12 meses					\$
	Recibos de nómina de 12 meses					\$
	Manutención para niños recibida, si la exige una orden de manutención para niños			\$		\$
	Ingresos por discapacidad, incluyendo SSI			\$		\$
	Declaración de permisos e ingresos militares (LES). Cuente todos los pagos y asignaciones, excepto BAH, BAS, FSH y HFD/IDP.			\$		\$
	Ingresos netos por trabajo independiente					\$
	Beneficios de seguro social o jubilación			\$		\$
	Subsidios de TANF estatal o tribal			\$		\$
	Desempleo	\$				\$
	Incapacidad laboral (L&I)	\$				\$
	Ingreso tribal (imponible)					\$
	Pagos en efectivo de asistencia de emergencia			\$		\$
	Pagos de seguros que sean regulares (no pagos únicos)			\$		\$
	Planes de jubilación o pensión					
	Estipendio para capacitación					
	Becas, subsidios o subvenciones para gastos de subsistencia					
Reste	Manutención para niños pagada a otro hogar, si la exige una orden de manutención para niños vinculante			\$		\$

¿Aún recibe los ingresos arriba descritos? Sí No **Si contestó que sí, vaya a la sección 10.**

Si contestó que no y sus circunstancias cambiaron recientemente, explique:

- Pérdida de persona con ingresos
 - Reducción de horas de trabajo
 - Salud/Lesión
 - Pérdida de empleo – falta de acceso o de capacidad para pagar el cuidado del recién nacido
 - Circunstancias similares inesperadas (explique)
 - Divorcio o separación
 - Pérdida de beneficios
 - Pérdida de empleo inesperada
- ¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales? \$ _____ ¿Para qué mes? _____

Sección 10: Inscripción previa

Este niño estuvo inscrito antes en:

- Head Start en su agencia
- Head Start con una agencia diferente
- Head Start para migrantes/por temporada en cualquier parte de WA
- Early Head Start
Nombre del beneficiario de EHS: _____
- Cualquier programa de visitas domiciliarias del nacimiento a los tres años
- Early ECEAP
Nombre del contratista de Early ECEAP: _____
- ECLIPSE
- ESIT – Apoyo temprano para bebés
Nombre del proveedor de ESIT: _____
- Programa de intervención temprana según la parte C de la ley IDEA en otro estado
Nombre del estado y proveedor: _____
- No se ha inscrito antes en un preescolar de educación temprana

Sección 11: IEP o sospechas de retraso

- Este niño tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)
- Se determinó que este niño era elegible para servicios de educación especial con evaluaciones de un distrito escolar o escuela tribal, pero se está esperando a que se elabore un IEP o el padre, la madre o el tutor rechazó los servicios
- Este niño tiene un diagnóstico de retraso del desarrollo o discapacidad sin IEP.
- Este niño se sometió a una evaluación del desarrollo que recomendó su derivación a una evaluación adicional
- Hay sospechas de que este niño tiene un retraso del desarrollo o discapacidad.
(No hay un IEP, diagnóstico o evaluación, ni una evaluación del desarrollo concluida con el resultado "es necesario reevaluar").

Describala: _____

❖ Si este niño tiene un IEP, marque todas las categorías del IEP. Si no, vaya a la sección 12.

- Autismo
- Sordera y ceguera
- Retraso en el desarrollo
- Perturbación emocional
- Problema de la audición
- Discapacidad intelectual
- Múltiples discapacidades
- Problema ortopédico
- Otro problema de salud
- Discapacidad del aprendizaje específica
- Impedimento del habla o el lenguaje
- Lesión cerebral traumática
- Problemas de la vista

Fecha de inicio del IEP _____ Fecha de terminación del IEP _____

¿Qué distrito escolar expidió el IEP de este niño? _____

Este niño recibirá servicios del IEP:

- Solamente en el aula de ECEAP
- Solamente durante el horario de ECEAP, pero fuera del aula de ECEAP
- Fuera del horario de ECEAP

Sección 12:

¿Este niño ha sido expulsado de algún programa de aprendizaje temprano o cuidado de niños debido a su conducta? Sí No

ECEAP atiende a niños con problemas de conducta. Marcar sí no excluirá a su hijo.

Sección 13: Preguntas adicionales

Utilizamos esta información para seleccionar a los niños que más necesitan el ECEAP. Todas las respuestas son confidenciales.

¿Este niño tiene un miembro de la familia en su hogar que tenga un trastorno crónico de salud física o mental que: (si contestó que sí, seleccione una opción)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• Afecte gravemente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• Afecte moderadamente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que era menor de 18 años de edad cuando nació el niño?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que: (si contestó que sí, seleccione una opción)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• Es trabajador agrícola migrante o por temporada? (51% o más de los ingresos de la familia provienen de trabajo agrícola)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• Se muda con el niño para participar en prácticas culturales tradicionales o trabajo (trabajos agrícolas o pesqueros, temporales o por temporada)?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que se encuentra en servicio activo en las fuerzas armadas de EE. UU.?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre que actualmente es miembro de la Guardia Nacional o de una unidad de las reserva militar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre o madre militar que se encuentra desplegado, o que estuvo desplegado en los últimos 12 meses, o que ha estado desplegado en total 19 o más meses de la vida del niño?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un familiar que asistió a una escuela residencial para indígenas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido la experiencia de que un padre o madre esté en la cárcel, en prisión o en un centro de detención?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido la pérdida de un padre, madre o cuidador principal, por ejemplo por fallecimiento, abandono o deportación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido el divorcio o la separación de sus padres?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido en un hogar con violencia doméstica, incluso mientras estaba en gestación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido en un hogar con abuso de sustancias, incluso mientras estaba en gestación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Esta familia ha recibido previamente servicios de apoyo o ha estado involucrada con sistemas tribales o estatales, incluyendo servicios de CPS/FAR/ICW o servicios tribales comparables, o ha estado involucrada con el sistema policial/judicial debido a maltrato, descuido o agresión sexual a menores?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño se ha reunificado con sus padres después de estar en cuidado de crianza o cuidado de familiares en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
ECEAP recibió una derivación profesional para esta familia.	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Si contestó que sí, ¿qué agencia hizo la derivación?				

Sección 14: Nivel académico de los padres - Marque todas las opciones que correspondan

Nivel educativo más alto	Padre/madre/tutor 1 Nombre _____	Padre/madre/tutor 2 Nombre _____
6.º grado o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.º a 12.º grado, sin diploma ni GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma de educación secundaria o GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algo de universidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado profesional (incluye escuelas vocacionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Título de asociado (dos años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Título de licenciatura (cuatro años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maestría o doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 15: Información médica - *Adjunte una copia del registro de vacunación del niño*

¿Este niño tiene un trastorno crónico de salud física o mental que:	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
• Afecte gravemente el desarrollo o la asistencia del niño?						
• Afecte moderadamente el desarrollo o la asistencia del niño?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
❖ Si contestó que sí, describa:						
¿Este niño nació prematuro (menos de 37 semanas) o pesó menos de 5.5 libras (2.5 kg) al nacer?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
¿Este niño cuenta con seguro o cobertura médica?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health para niños/ Tarjeta de Servicios Provider One						
<input type="checkbox"/> Cobertura militar <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Cobertura tribal						
¿Este niño tiene un médico o clínica regular?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
• Nombre de la clínica o proveedor:						
• Nombre del profesional médico:						
¿El ECEAP ha recibido una copia de los resultados de un examen médico de rutina del niño (EPSDT)?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
❖ Fecha del último examen médico de rutina del niño antes de solicitar ECEAP:		<input type="checkbox"/>	Fecha desconocida			
¿Este niño tiene seguro o cobertura dental?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health para niños/ Tarjeta de Servicios Provider One						
<input type="checkbox"/> Cobertura militar <input type="checkbox"/> Seguro dental privado <input type="checkbox"/> Cobertura tribal						
<input type="checkbox"/> ABCD (no disponible en todos los condados)						
¿Este niño tiene un dentista o clínica dental regular?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
• Nombre de la clínica o proveedor: _____						
• Nombre del profesional dental:						
¿El ECEAP ha recibido una copia de los resultados de un examen dental?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
❖ Fecha del último examen dental antes de solicitar ECEAP:		<input type="checkbox"/>	Fecha desconocida			

Firma del padre/madre/tutor

Prometo que la información en este formulario es veraz y correcta. Tengo facultades para inscribir a este niño y he informado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, como exige ECEAP. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas mi familia quizá no pueda seguir recibiendo servicios de ECEAP. Además, quizá tenga que devolver el importe gastado en el ECEAP de mi hijo.

Entiendo que la información de esta solicitud se captura en el Sistema de Gestión de Aprendizaje Temprano (ELMS, por sus siglas en inglés) operado por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF, por sus siglas en inglés). El DCYF asume el compromiso de proteger la información confidencial y personal que podría identificar a un niño o una familia. La información relacionada con la situación migratoria no se captura en ELMS ni se proporciona a agencias estatales o federales. La información de ELMS puede usarse para:

- Estudios de investigación con el fin de determinar si la participación en ECEAP ayuda a los niños en etapas posteriores de sus vidas.
- Para demostrar que el Estado de Washington invierte parte de su propio dinero en programas para familias, lo que es un requisito para recibir fondos de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas del gobierno federal.

Nombre en letra de molde _____

Firma _____

Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Firma _____

Fecha _____

Firma del miembro del personal del ECEAP que verificó la elegibilidad

Certifico que, en la medida de mi conocimiento, la información en este formulario es verdadera y correcta. He observado y verificado los documentos que establece la elegibilidad de este niño para el ECEAP. Entiendo que los estándares de desempeño del ECEAP exigen que notifique al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias si sospecho de cualquier uso fraudulento de fondos del ECEAP incluyendo, entre otras cosas, que un empleado intencionalmente capture información engañosa o falsa en el ELMS acerca de:

- Criterios de elegibilidad del niño.
- Fechas reales de inicio del niño y últimos días de clases.
- Fechas de inicio y terminación de clases.
- Servicios que en realidad no se prestaron.
- Una familia que proporcione información falsa para inscribirse en el ECEAP.

Nombre en letra de molde _____

Puesto _____

Firma _____

Fecha _____

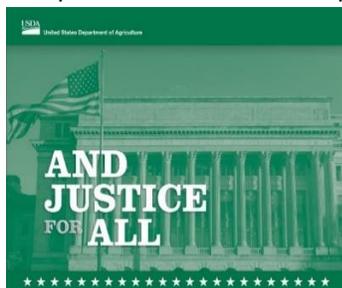


USDA Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:



1) **correo:**

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o

2) **fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3) **correo electrónico:**

Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.