

2021-2022 Preselección y solicitud para el programa ECEAP (formulario combinado)

Año escolar para el cual se está presentando la solicitud: _____

Enviar el
formulario
completado
a:

Sección 1: Información del niño

Nombre legal: _____ Segundo nombre: _____ Apellido legal: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Apodo: _____ Identidad de género: _____

IEP - ¿Se encuentra este niño en un Programa de Educación Individualizada (IEP)? Sí No

CPS - ¿La familia de este niño está recibiendo actualmente Servicios de Protección de Menores (CPS), Respuesta de Evaluación Familiar (FAR) o servicios similares de ICW (Bienestar de los Niños Indios) o de la policía/del sistema judicial por abuso infantil, negligencia o agresión sexual? Sí No

Cuidado suplente - ¿Se encuentra este niño en cuidado suplente autorizado? Esto significa que hay autorización de un cuidador de parte de un estado o tribu que dice que se trata de una colocación en un hogar de crianza. Sí No

Cuidado por parientes - ¿Se encuentra este niño bajo cuidado por parientes, con o sin subsidio, con un pariente o con otra persona adecuada? Sí No

Adoptado después del cuidado suplente o por parientes - ¿Fue este niño adoptado después de recibir cuidado suplente o por parientes o después de vivir en un orfanato en otro país (*esto no incluye otras adopciones*)? Sí No

Vivienda (seleccione una opción):

- Alquila o posee una residencia adecuada
- Comparte vivienda con otra familia por conveniencia, para estar cerca de la familia o amigos o para ahorrar dinero para futuros planes
- Comparte vivienda con otra familia debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o un motivo similar
- Vive en un refugio de emergencia o transición
- Duerme en un hotel, un motel, en el carro, en el parque, en un lugar para campamentos u otras ubicaciones similares
- Se muda de un lugar a otro (duerme en sofás ajenos)
- Vivienda inadecuada por motivos como no tener agua, calefacción o electricidad, tener un exceso de moho o no tener instalaciones para cocinar

Idioma - Este niño habla (seleccione solo una):

- Solo inglés
- Mayormente inglés, y un poco de otro idioma natal
- Algo de inglés, pero mayormente otro idioma natal

Idioma materno del niño: _____

Segundo idioma del niño: _____

- Inglés y otro idioma al nivel de su edad (bilingüe)
- Solo un idioma del hogar diferente al inglés

¿Es este niño 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 origen hispano o latino (describir) |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | | |

Raza del niño (puede seleccionar más de una):

Esta pregunta es acerca del origen étnico. Por favor, ingrese también la raza del niño.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indoamericano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u oriundo de otras islas 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"/> Aleuta (unanga) | <input type="checkbox"/> Colville | <input type="checkbox"/> Oriundo de Kosrae |
| <input type="checkbox"/> Alutiq | <input type="checkbox"/> Cowlitz | <input type="checkbox"/> Oriundo de las Islas Marianas |
| <input type="checkbox"/> Atabascano | <input type="checkbox"/> Duwamish | <input type="checkbox"/> Oriundo de las Islas Marshall |
| <input type="checkbox"/> Esquimal (inupiat 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 hawaiano |
| <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 origen de Alaska | <input type="checkbox"/> Lummi | <input type="checkbox"/> Ponapeano |
| | <input type="checkbox"/> Makah | <input type="checkbox"/> Samoano |
| | <input type="checkbox"/> Muckleshoot | <input type="checkbox"/> Oriundo de las Islas Salomón |
| | <input type="checkbox"/> Nisqually | <input type="checkbox"/> Tahitiano |
| | <input type="checkbox"/> Nooksack | <input type="checkbox"/> Oriundo de la Isla Tarawa |
| | <input type="checkbox"/> Port Gamble Klallam | <input type="checkbox"/> Tokelauano |
| | <input type="checkbox"/> Puyallup | <input type="checkbox"/> Tongano |
| | <input type="checkbox"/> Quileute | <input type="checkbox"/> Truqués |
| | <input type="checkbox"/> Quinault | <input type="checkbox"/> Oriundo de las Islas Vanuatu (Oriundo de las islas Nuevas Hébridas) |
| | <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"/> Isla Squaxin | |
| | <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 origen indoamericano | |

Sección 2: Miembros del hogar

Por favor, mencione a todos los que viven en el hogar que puedan incluirse en el tamaño de la familia.

Para las familias que viven temporalmente con parientes u otras personas, no mencione a los anfitriones.

Para familias que viven entre dos hogares cuando los padres comparten la custodia por igual, y ninguno de los padres tiene la custodia principal para los niños, y no hay pagos de manutención para niños:

- Mencione a todos los que viven en los dos hogares abajo.
- Identifique las personas que viven en la segunda casa.
- Responda las preguntas sobre apoyo financiero y relaciones.

Nuestro equipo de trabajo usará esta información para calcular el tamaño de la familia para determinar el nivel de pobreza federal.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el niño de ECEAP	¿El padre o tutor del niño de ECEAP apoya financieramente a esta persona? * Consulte la nota a continuación para personas de 19 años o más.	¿Esta persona está emparentada con el padre/tutor del niño de ECEAP por sangre, matrimonio o adopción?
Niño de ECEAP:			Niño de ECEAP	Sí	Sí
Padre/tutor:				Sí	Sí
Padre/tutor:				Sí	Sí

* Responda No para las personas de 19 años de edad o mayor que no son los padres del niño de ECEAP, y que reciben ingresos ganados y/o no ganados, que cubran más de la mitad de sus gastos. Responda Sí si los padres del niño de ECEAP pagan más de la mitad de sus gastos.

Solo uso de personal:

Tamaño del grupo familiar para determinar el nivel federal de pobreza:

Para niños bajo cuidado suplente, por parientes o adoptados después del cuidado suplente o por parientes, contar el tamaño de la familia como 1.

Para todos los demás, contar a las personas con Sí para ambas preguntas arriba.

Sección 3: Información de contacto de padre/madre/tutor

Contacto 1:	Relación al niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:	¿Necesita usted un intérprete para comunicarse con personas que hablan inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, ¿qué idioma(s) habla usted?			
Dirección física:	N.º de apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente):	N.º de apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Teléfono:	Teléfono alternativo:		
Contacto 2:	Relación al niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:				
Contacto 3:	Relación al niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:				
Contacto 4:	Relación al niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:				

Sección 4: El niño vive con

Uno de los padres/tutores (Nombre): _____ **Pase a la sección 5**

Los dos padres/tutores en el mismo hogar (Nombres): _____

Los dos padres/tutores en dos hogares –
Si se marca esta opción, complete estas preguntas para determinar cuáles de los ingresos de los padres se cuentan para la elegibilidad en el programa ECEAP.

¿Tiene uno de los hogares la custodia legal principal? Sí No
Si responde **sí**, ¿qué padre tiene la custodia principal? _____

Cónyuge del padre/la madre que tiene la custodia principal, de haberlo: _____ **Pase a la sección 5**

Si responde **no**, ¿recibe uno de los padres pagos de manutención para niños provenientes del otro hogar?
 Sí No

Si responde **sí**, ¿cuál de los padres recibe los pagos de manutención para niños?
Cónyuge del padre/la madre que tiene la custodia principal, de haberlo: **Pase a la sección 4.**

Si responde **no**, indique el nombre del padre/tutor legal que comparte la custodia para cada hogar. No incluya a sus cónyuges.

Hogar 1: _____ Hogar 2: _____

Información de contacto para el 2.º hogar Nombre:	Relación al niño:			
Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor:	¿Necesita usted un intérprete para comunicarse con personas que hablan inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, ¿qué idioma(s) habla usted?			
Dirección física:	N.º de apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente):	N.º de apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Teléfono:	Teléfono alternativo:		

Sección 5: Empleo de padres, capacitación y otras actividades

Responda las siguientes preguntas para cada padre/madre/tutor nombrado en la pregunta N.º 4.

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

- No incluya las mismas horas de la semana tanto en el empleo como en WorkFirst.
- No incluya las mismas horas de cuidado de niños de los Servicios de Protección de Niños (CPS) por separado para ambos padres.

	Padre #1 El nombre:	Padre #2 El nombre:
¿Tiene un empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique el promedio de horas pagas semanales		
b. Si responde sí, ingrese el nombre del empleador (no ingrese desconocido o N/A)		
c. Si responde sí, ingrese el número de teléfono o el correo electrónico del empleador		
¿Está en la escuela o en capacitación para un trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique la cantidad de horas de clase semanales		
b. Si responde sí, indique la cantidad de horas de estudio semanales (máximo 10)		
c. Si responde sí, ingrese el nombre de la escuela o la organización de capacitación.		
d. Si responde sí, ingrese la meta o especialidad.		
¿Viaja entre las actividades de cuidado de niños y el trabajo/la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique la cantidad de horas semanales (máximo 10)		
¿Hay horas de cuidado de niños de CPS/FAR/ICW que no se hayan incluido anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Horas adicionales semanales para el cuidado de niños aprobadas por CPS		
¿Hay horas WorkFirst aprobadas que no se hayan incluido anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si responde sí, indique el nombre de la actividad.		
b. Si responde sí, indique el total de horas semanales		

¿Padre discapacitado que no puede trabajar y no puede cuidar al niño mientras el otro trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si alguno de los padres tiene un total de más de 55 horas semanales, explique:				

Sección 6: ¿Cómo supo usted acerca del programa ECEAP?

- Sitio web de DCYF Evento en la comunidad Volante Empleado de ECEAP Recomendación
 Trabajador del caso Medios de comunicación Agencia de la comunidad: _____
 Otro: _____

Sección 7: Encuesta para planificación a nivel estatal

Si pudiera elegir la duración del día para el preescolar de su hijo, ¿cuál sería la mejor para su hijo y su familia? Por favor, tenga en cuenta que es posible que estas opciones no estén disponibles en su comunidad este año.

- Medio día: alrededor de tres horas, tres o cuatro días a la semana.
 Día escolar: alrededor de seis horas, cuatro o cinco días a la semana.
 Jornada laboral: disponible todo el día, todo el año, como un centro de cuidado infantil.

Sección 8: Asistencia de Vivienda

¿Este hogar recibe un subsidio para vivienda, como un cupón para vivienda o asistencia en efectivo para la vivienda?

- Sí No

¿Recibe actualmente esta unidad familiar un subsidio de cuidado de niños de Working Connections para este niño?

- Sí No

Sección 9: Ingresos recibidos por el/los padre(s) o tutor(es) del niño

En el caso de niños bajo el cuidado suplente o por parientes o que han sido adoptados después de recibir estos cuidados, si aplica, complete esta casilla y pase a la sección 10

Subsidio o pago **mensual** por cuidado suplente, cuidado por parientes o apoyo de adopción \$ _____

- N.º de niños cubiertos por este monto de subsidio o pago _____
- N.º de caso o N.º de ID del cliente, de haberlo _____
- Fuente de pago (encierre en un círculo): DSHS SSI Tribu Otro

¿Recibió esta familia ingresos durante el pasado año calendario o durante los 12 meses anteriores? Sí No

Si la respuesta es no, indique la razón por la que no tiene ingresos y explique cómo se satisfacen las necesidades básicas:

Escriba todos los ingresos de la familia durante un año en el cuadro que figura a continuación.

Seleccione: Año calendario anterior o bien 12 meses anteriores

Persona(s) que recibe(n) ingresos	Tipo	Monto semanal	Cant. de semanas que se recibió	Monto mensual	Cant. de meses que se recibió	Monto anual
	W-2					\$

	W-2					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripción del IRS (Servicio de Impuestos Internos)					\$
	Declaración de impuestos (1040) o transcripción del IRS					\$
	Talones de pago para los 12 meses					\$
	Talones de pago para los 12 meses					\$
	Se recibirá manutención infantil si así lo requiere una orden de manutención infantil.			\$		\$
	Ingreso complementario de seguridad (SSI) o otros ingresos por discapacidad			\$		\$
	Declaración de Ingresos y Permisos Militares (LES). Cuente todos los pagos y asignaciones excepto BAH, BAS, FSH, y HFP/IDP.			\$		\$
	Ingresos netos de empleo por cuenta propia					\$
	Seguro Social o otros ingresos por jubilación			\$		\$
	Asistencia en efectivo TANF			\$		\$
	Seguro de desempleo	\$				\$
	Compensación de trabajadores (L&I)	\$				\$
	Ingreso tribal (Imponibles)					\$
	Otros ingresos en efectivo:			\$		\$
				\$		\$
Restar	Orden de la corte de manutención para niños que se paga a otro hogar			\$		\$

¿Continúa usted recibiendo los ingresos que se mencionan más arriba? Sí No

Si responde sí, pase a la sección 10.

Si responde no, y sus circunstancias han cambiado recientemente, por favor explique:

- Pérdida de la persona que ganaba el salario Divorcio o separación Pérdida imprevista del empleo Reducción de horas laborales Problemas de salud/lesiones Pérdida de beneficios Circunstancia inesperada similar (explique)

¿Cuáles son sus ingresos mensuales?: \$ _____

¿Para qué mes? _____

Sección 10: Inscripciones anteriores

Este niño fue inscrito anteriormente en:

- Head Start en su agencia Apoyo Temprano para Infantes y Niños Pequeños (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT)
 Head Start con una agencia diferente Nombre del proveedor de ESIT: _____
 Head Start de migrante/estacional en cualquier sitio en Washington
 Early Head Start Parte C del programa de Intervención temprana en otro estado
 Nombre del cesionario de EHS: _____ Nombre del estado y del proveedor: _____
 Cualquier programa de visitas a domicilio de birth-to-three

Sección 11: IEP o sospecha de retraso

- El niño tiene un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP).
- Este niño tiene un diagnóstico de retraso o discapacidad del desarrollo sin un IEP.
- Este niño completó un examen de desarrollo que recomendó que se lo derivara para realizar una evaluación adicional.
- Se sospecha que este niño tiene un retraso o discapacidad del desarrollo. *(Sin IEP, diagnóstico, examen o examen de desarrollo completado con resultado, "se necesita volver a realizar el examen").*

Describir:

Si este niño tiene un IEP, marque todas las categorías del IEP. Si no lo tiene, pase a la siguiente pregunta.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual | <input type="checkbox"/> Discapacidad específica del aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Sordera-ceguera | <input type="checkbox"/> Discapacidades múltiples | <input type="checkbox"/> Deficiencias del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Impedimentos ortopédicos | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Perturbación emocional | <input type="checkbox"/> Otras deficiencias de salud | <input type="checkbox"/> Deficiencias visuales |
| <input type="checkbox"/> Deficiencias auditivas | | |

Fecha de inicio del IEP

Fecha de culminación del IEP

¿Qué distrito escolar emitió el IEP de este niño?

Este niño recibirá servicios de IEP:

- Solo dentro del aula ECEAP
- Solo durante las horas de ECEAP, pero fuera del aula ECEAP
- Fuera de las horas de ECEAP

Sección 12:

¿Se ha expulsado a este niño de un centro de cuidado de niños o una escuela preescolar debido a problemas del comportamiento? *ECEAP presta servicios a niños que tienen problemas de comportamiento. Marcar "sí" no hará que su niño quede excluido.* Sí No

Sección 13: Preguntas adicionales

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

¿Este niño tiene un familiar que tenga una condición física o mental crónica que:	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• afecte gravemente su capacidad de participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
• afecte moderadamente su capacidad de participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene este niño un padre o una madre que era menor de 18 años al nacer dicho niño?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene este niño un padre o una madre que es trabajador(a) migrante o trabajador agrícola estacional? (51 % o más del ingreso familiar obtenido del trabajo agrícola)?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene uno de los padres en servicio activo en el Ejército Estadounidense?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene uno de los padres que es actualmente miembro de una unidad de la Guardia Nacional o una unidad de la Reserva Militar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño tiene un padre militar desplegado actualmente o estuvo desplegado dentro de los últimos 12 meses o durante un total de 19 meses o más en el transcurso de vida del niño?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene este niño un padre o una madre que está recluido/a en la cárcel, la prisión o un centro de detención?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha experimentado la pérdida de un padre, por ejemplo, por muerte, abandono o deportación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha experimentado el divorcio o separación de sus padres?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha experimentado la falta de una vivienda dentro de los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido en un grupo familiar con violencia doméstica, incluso dentro del útero?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño ha vivido en un grupo familiar con abuso de sustancias, incluso dentro del útero?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Esta familia ha recibido servicios CPS/FAR/ICW o ha estado involucrada con la policía/el sistema judicial por abuso infantil, negligencia, o agresión sexual en el pasado?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Este niño se ha reunido con sus padres después del cuidado suplente o por parientes en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿ECEAP ha recibido una referencia profesional para esta familia?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Nombre de Agencia:

Sección 14: Educación de los padres: Marque todo lo que corresponda (√)

Nivel de educación más alto	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
	Nombre _____	Nombre _____
6° grado o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7° a 12° grado, sin diploma ni GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diploma de escuela secundaria o GED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudio universitario parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado profesional (incluye escuelas vocacionales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Título de Asociado (Associate degree)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Título de Licenciatura (Bachelors degree)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maestría o doctorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 15: Información de salud *Por favor adjunte una copia del registro de inmunizaciones del niño*

¿Tiene este niño una condición física o mental crónica que:	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
• afecte gravemente el desarrollo del niño o la asistencia?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
• afecte moderadamente el desarrollo del niño o la asistencia?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
❖ Si es así, describir:						
¿Este niño nació prematuro (menos de 37 semanas) o pesó menos de 5.5 libras al nacer?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
¿Tiene este niño seguro o cobertura médicos?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
<input type="checkbox"/> Tarjeta de servicios ProviderOne / Washington Apple Health for Kids <input type="checkbox"/> Cobertura médica militar <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Cobertura tribal						
¿Tiene este niño un médico o una clínica médica habituales?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
• Nombre de la clínica o proveedor:						
• Nombre del profesional médico:		Teléfono (opcional) _____				
¿Se le realizó a este niño un examen del niño sano durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
❖ Fecha del último examen del niño sano antes de solicitar ECEAP:			<input type="checkbox"/> Se desconoce la fecha			
¿Tiene este niño seguro o cobertura dentales?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
<input type="checkbox"/> Tarjeta de servicios ProviderOne / Washington Apple Health for Kids <input type="checkbox"/> Cobertura dental militar <input type="checkbox"/> Seguro dental privado <input type="checkbox"/> Cobertura tribal <input type="checkbox"/> ABCD (no disponible en todos los condados)						
• ¿Tiene este niño un dentista o una clínica dental habituales?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce				
• Nombre de la clínica o proveedor:						
• Nombre del profesional dental:		Teléfono (opcional): _____				
¿Se le realizó a este niño un examen dental durante los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Se desconoce
❖ Fecha del último examen dental antes de solicitar ECEAP:			<input type="checkbox"/> Se desconoce la fecha			

Firma de padre/madre/tutor

Certifico que la información presente en este formulario es verdadera y correcta. He reportado todos mis ingresos y el tamaño de mi familia, según lo exige el ECEAP. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa, mi familia no podría continuar con los servicios de ECEAP. Además, es posible que tenga que reembolsar el monto empleado para el ECEAP de mi hijo.

Entiendo que la información de esta solicitud se ingresa en el Sistema de Administración de Aprendizaje Temprano (ELMS) y está bajo la operación del Department of Children, Youth, and Families (DCYF). El DCYF se compromete a proteger la información confidencial y personal que pueda identificar a un niño o a una familia. Ninguna información relacionada con el estatus de inmigración se ingresa en el ELMS ni se comparte con agencias estatales o federales. La información en el ELMS se puede utilizar para:

- Estudios de investigación para determinar si la participación en el ECEAP ayuda a los niños en sus vidas posteriormente.
- Para demostrar que el estado de Washington gasta parte de sus propios fondos en programas para familias, lo que se requiere para recibir dinero del programa Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families) del gobierno federal.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Firma del miembro del personal de ECEAP que verificó la elegibilidad

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en este formulario es verdadera y correcta. Examiné y verifiqué la documentación que establece la elegibilidad de este niño para el programa ECEAP. Entiendo que los estándares de desempeño de ECEAP requieren que notifique al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias si sospecho un uso fraudulento de los fondos de ECEAP incluidos, entre otros, los siguientes un empleado que ingresa intencionalmente información engañosa o falsa a ELMS con respecto a:

- Criterios para la elegibilidad del niño.
- Las fechas de inicio reales y los últimos días en clase de los niños.
- Fechas de inicio o fin de las clases.
- Servicios que en realidad no se proporcionaron.
- Una familia que proporciona información falsa para inscribirse en ECEAP.

Nombre en letra de molde

Título

Firma

Fecha
