Solicitud para la Educación Temprana 2020 - 2021

Early Learning

psesd
excellence & equity in education
Puget Sound Educational Service District

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

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

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

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

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

DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1

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

2

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

Utilice todos los que correspondan:

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

3

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

Puede ser cualquiera de estos:

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

4

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

Puede ser cualquiera de estos:

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

5

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

Puede ser cualquiera de estos:

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

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

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

Dirección:
Meadow Crest
1800 Index Ave NE
Renton, WA 98056

Número Telefónico: 425-204-2500

Early Learning

psesd

excellence & equity in education

Puget Sound Educational Service District

Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

Información Sobre el Niño – General

Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Fecha de Nacimiento del Niño (mes/día/año):		Género del Niño: ☐M ☐F

¿Cuál es el idioma natal de este niño?		2do idioma:
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:

¿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? Nombre y ubicación del Programa:

¿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?

¿Cuál es el subsidio/cantidad del pago mensual y la fuente? **$** ☐DSHS ☐SSI ☐Tribu ☐Otro

de niños cubiertos por la cantidad del subsidio:

¿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?

☐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

Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

Información Sobre el Niño – Salud

¿Este niño cuenta con seguro médico? ☐Sí ☐No
Si la respuesta es afirmativa, ¿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: Nombre del profesional médico:
☐No

¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 meses anteriores?
☐ Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año):
☐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 afirma ¿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: Nombre del profesional médico:
☐No

¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 meses anteriores?
☐ Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año):
☐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: 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
☐Visión
☐Nacimiento antes de término, menos de 37 semanas
☐ Motricidad fina/ motricidad gruesa
☐ Intolerancia alimenticia/dieta especial – Describa:
☐ Afectado por drogas/alcohol
☐ Dolor/caries dentales/encías que sangran

¿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.

Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

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		
Relación con el Niño	☐Biológico/Adoptivo/Padrastro o madrastra ☐Padre o Madre de Acogida ☐Tío/Tía ☐Abuelo o abuela ☐Otro	☐Biológico/Adoptivo/Padrastro o madrastra ☐Padre o Madre de Acogida ☐Tío/Tía ☐Abuelo o abuela ☐Otro
Género	☐M ☐F ☐No especificado	☐M ☐F ☐No especificado
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		
Dirección		
Teléfono	☐Hogar ☐Celular☐Empleo	☐Hogar ☐Celular☐Empleo
Teléfono Alterno	☐Hogar ☐Celular☐Empleo	☐Hogar ☐Celular☐Empleo
Dirección de Correo Electrónico		
¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño?	☐Sí ☐No ☐N/A	☐Sí ☐No ☐N/A
¿Qué idioma(s) habla?		
¿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:	☐ Africano/afroamericano/negro ☐Asiático ☐ Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano ☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐No aparece en la lista anterior:
¿Cuál es 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)? Nombre & # de teléfono del empleador: ☐No ☐Jubilado/Discapacitado ☐Por temporada	☐Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Nombre & # de teléfono del empleador: ☐No ☐Jubilado/Discapacitado ☐Por temporada
¿Se encuentra actualmente recibiendo capacitación laboral o estudiando?	☐Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Nombre de la Escuela & carrera/meta: ☐No	☐Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Nombre de la Escuela & carrera/meta: ☐No
¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst?	☐Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: ☐No	☐Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: ☐No
¿Está 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.) ☐ Otro – Por favor describa:

☐ 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

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:

☐ 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?
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No
			☐Sí ☐No	☐Sí ☐No

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

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

Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

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): _____ **Staff Initials** _____

(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:	**Total Verified Family Size:**	**Total Verified Income:**	**Total Points:**
Site Name/ID:		**Date received:** (This date will determine eligibility timeframe)	
Date staff reviewed application with family:		**Date sent to PSESD (N/A for ECEAP only sites):**	

EHS Only - Is this child a newborn taking the mother's slot? ☐Yes ☐No **If yes, mother's name:** _____

For Homeless Families – Check the services that are needed or desired by the family and provide resources as soon as possible:

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

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