



¡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 comuniquese con nosotros si necesita ayuda para llenar la solicitud, o si no tiene todos los documentos requeridos.



Solicitud: Llene el formulario de solicitud a continuación utilizando un

bolígrafo de tinta

negra o azul.



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



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



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



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
 - El IFSP/IEP actual, si corresponde
 - 3. Examen de salud infantil más reciente
 - 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

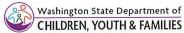


	· ·		



portonic metalogical and an english and a second				
Información Sobre el Niño	- General			
Primer Nombre:	Inicial del Segundo No	mbre: Apellid	lo:	
Fecha de Nacimiento del Niño (n	nes/día/año):	Género	o del Niño: □M □F	
	2	2da ;-d;		
¿Cuál es el idioma natal de este i	55.000 Stay More (1)	2 ^{do} idioma:	to 1/2 years managements attacklioma	
Este niño habla: □Solamente i	_		e inglés, pero mayormente otro idioma	
□Tanto inglés	s como otro idioma, de igual manera (b	oilingüe) LISolamente	e otro idioma que no es el inglés	
¿Este niño es hispano/latino? □	 Sí ∏No			
	arque todas las que correspondan:			
☐ Africano/afroamericano/negro		□ Nativo de Hawái o isleño d	el Pacífico	
☐ Asiático		□Blanco	_	
☐ Nativo de Alaska/nativo amer		☐ No aparece en la lista ante	rior:	
¿Cuál es la ascendencia/tribu/ pa	aís de origen de su familia?		*	
¿Este niño ha asistido anteriormo	ente a estos programas? Marque sola	mente el más reciente :		
□Ninguno		rly Head Start/ECEAP en el	☐ Head Start Migrante/de Temporada	
☐ Apoyo Temprano para Bebés	y Niños Pequeños condado King o	Pierce/Estado de Washington	en cualquier lugar del Estado de	
(ESIT) o Cualquier Programa de V	/isita Domiciliaria ☐Head Start/Ea	rly Head Start/ECEAP en otro ado de Washington	Washington	
de Birth to Three				
¿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.				
	dado oficial de acogida temporal o co			
	dado oficial de acogida temporal o col uál es el Número de Caso o Número de		cierta cantidad: ESI Esto	
	ad del pago mensual y la fuente? \$		□DSHS □SSI □Tribu □Otro	
# de niños cubiertos por la				
¿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				
	de parte de CPS/FAR/ICW anteriorme	nte? □Sí □No		
	con aprobación para la guardería a tra			
□Sí – ¿Cuántas horas aprobadas a la semana?				
□No				
	ue se retire de un programa de la Edu	cación Temprana debido a problen	nas de conducta? □Sí □No	

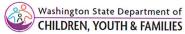




Language: Spanish

Información Sobre el Niño – Salud				
¿Este niño cuenta con seguro médico? □Sí □No Si la respuesta es afirmativa, □Washington ¿Qué tipo?	Apple Health/ProviderOne □Seguro Pr	vado □Tribal □Cobertura Médica Militar		
¿Este niño cuenta con un doctor o con una clínica mé	dica regular?			
☐ Sí – Nombre de la clínica/proveedor:	Nombre de	l profesional médico:		
□No				
¿Este niño ha recibido un examen médico en los 12 m	neses anteriores?			
□ Sí – Fecha del examen más reciente (mes/día/año)	:			
□No □ Fecha desconocida				
¿Cuál es el estado de las vacunas de su hijo? □Compl	etamente vacunado □Exento □Ni com	pletamente vacunado ni exento □No estoy seguro		
¿Este niño cuenta con seguro dental? □Sí □No Si la respuesta es afirma □Washington Apple He ¿Qué tipo?	alth/ProviderOne □ Seguro Privado	□Tribal □ABCD □ Cobertura Médica Militar		
¿Este niño cuenta con un dentista o con una clínica de	ental regular?			
\square Sí – Nombre de la clínica/proveedor:	Nombre del pro	ofesional médico:		
□No				
¿Este niño ha recibido un examen dental en los 6 mes	ses 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.)	□Nacimiento antes de término,	☐ Afectado por drogas/alcohol		
□Audición	menos de 37 semanas	☐ Dolor/caries dentales/encías que sangran		
	\square Motricidad fina/ motricidad gruesa	, ,		
□Visión	☐ Intolerancia alimenticia/dieta especia	I-		
	Describa:			
¿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 e	el desarrollo o de una discapacidad.			





Información Sobre el Padre/Madre/Tutor Este niño vive con: ☐ Unos de los padres/tutores (Ilene 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 2 Padre/Madre/Tutor 1 Nombre ☐ Biológico/Adoptivo/Padrastro o madrastra Relación con el Niño ☐ Biológico/Adoptivo/Padrastro o madrastra □Padre o Madre de Acogida □Tío/Tía □Tío/Tía ☐ Padre o Madre de Acogida □Otro ☐Abuelo o abuela □ Otro ☐ Abuelo o abuela □M □F □No especificado ☐M ☐F ☐No especificado Género Fecha de Nacimiento (mes/día/año) Dirección ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Empleo ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Empleo Teléfono ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Empleo Teléfono Alterno ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Empleo Dirección de Correo Electrónico □Sí □No □N/A □Sí □No □N/A ¿Tenía menos de 18 años cuando nació este niño? ¿Qué idioma(s) habla? □Sí □No ¿Necesita intérprete □Sí □No para este idioma? ☐ Africano/afroamericano/negro ☐ Africano/afroamericano/negro □Asiático ¿Cuál es su raza? ☐ Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano ☐ Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano Marque todas las ☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico ☐ Nativo de Hawái o isleño del Pacífico que correspondan ☐ Blanco ☐ Blanco ☐ No aparece en la lista anterior: ☐ No aparece en la lista anterior: ☐6° grado o menos □6º grado o menos □7° a 12° grado, no diploma ni GED ☐ 7° a 12° grado, no diploma ni GED □ Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) □ Diploma de la Escuela Secundaria Superior (High School) □GED ¿Cuál es el nivel de □GED ☐ Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado educación más alto ☐ Un poco de universidad/ entrenamiento avanzado que completó? ☐Certificado de universidad/certificado profesional ☐ Certificado de universidad/certificado profesional □Título de Técnico Superior ☐Título de Técnico Superior □Título de Licenciatura □Título de Licenciatura □Título de Maestría o Doctorado ☐Título de Maestría o Doctorado □Ninguno





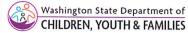
□Ninguno

	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
	□Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)?	
	Countres floras a la serifaria (iliciuyerido el viaje)?	□Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)?
¿Cuenta	Nombre & # de teléfono del empleador:	Nombre & # de teléfono del empleador:
actualmente con	Transfer at the telefone delicinpleador.	Nombre & # de telefolio del empleador.
empleo?	□No	□No
	□Jubilado/Discapacitado	☐Jubilado/Discapacitado
	□Por temporada	□Por temporada
	□Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de	□Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de
¿Se encuentra	clase, de estudio, de viaje)?	clase, de estudio, de viaje)?
actualmente	Nambus de la Francia O	
recibiendo capacitación laboral	Nombre de la Escuela & carrera/meta:	Nombre de la Escuela & carrera/meta:
o estudiando?	□No	□No
¿Se encuentra	□Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas	Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas
participando en una	por semana:	por semana:
actividad aprobada	□No	□No
por WorkFirst?		
	Sí, miembro actual del servicio militar	\square Sí, miembro actual del servicio militar
¿Está o ha estado	Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en	☐ Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en
en el servicio militar	los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses	los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses
de EE.UU.?	☐ Sí, veterano	☐ Sí, veterano
	□No	□No

Inquietudes Familiares

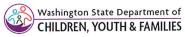
	inquictudes i aiiiliares					
	Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan:					
	☐ El padre/madre/tutor del niño es discapacitado o padece de una enfermedad crónica y: ☐ No es capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar ☐ Es un tanto capaz 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	☐ 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 digrante la vicia del niño □ Previamente sin hogar (en los pasados 12 meses) □ Preocupaciones con la vivienda			
L			,			





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 fami	¿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 ay				e lugar en lugar/ de sillón en sillón	
□Alquilan □ En un motel □Dueños □ En un refugio	☐ En un carro, parque ubicación similar	, sitio para acampar o		cia con instalaciones inadecuadas	
Duenos Dien un relugio	☐ Vivienda de Transic	ión	(sin agua, calefaco	ción, electricidad, etc.)	
☐ En la casa o apartamento de alguie			☐ Otro – Por favo	or describa:	
➤ □ Por opción propia (ej. Con e	l fin de ahorrar dinero p	oara planes futuros, pa	ara estar		
cerca de la familia) ➤ □ Debido a una pérdida de viv	vienda, dificultades ecor	nómicas o una razón si	milar		
/ Debias a ana perana as					
Ingreso Familiar y Número de	Personas en la Fam	nilia			
Marque todas las que correspondan, s			pariente por consanguinidad,	, matrimonio o adopción reciben	
estos tipos de Asistencia Pública:		As due /Tuton Cotro	Deleción con el Niño:		
☐SSI por discapacidad , recibido por: ☐ Efectivo de Asistencia Temporal pa			- Relacion con el Millo.		
Marque si también recibe lo siguiente			ubcidio para Guardería de Wo	rking Connections	
Marque si también récibé lo siguiente	: LI TANE SOIO para ei n	IIIIO 🗆 WOIKFIIST 🗀 30	ubsidio para Guarderia de Wo	TKIIIg Collifications	
A continuación por favor nombre a la	as personas adicionales	que viven en su hoga	r, la cual es la residencia princ	cipal de este niño, no se incluya a	
usted ni a este niño.			¿Usted mantiene	¿Esta persona está relacionada	
Nombre (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Relación con el	económicamente a esta	con usted por consanguinidad,	
romaic (namare y ripemae)	(mes/día/año)	niño	persona?	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 apro	ximado para el año cale	endario pasado o dura	nte los pasados 12 meses?		





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.

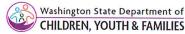
Comprendo que la información en esta solicitud se ingresa a varias bases de datos de la Educación Temprana, operadas por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF por sus siglas en inglés) y por Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF y PSESD están comprometidos a proteger la 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 late	r than the enrollment visit.
Reviewed and received verbal verification on (date): (ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS app	Staff Initials Dlication is locked)

Staff Only					
Child's Age:	Total Verified Family Size: Total Verified Incom		e:	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/medic	al records	☐Medicaid/DSHS service	s – Food stamps/TANF	
□Clothing resources	□Vision referral		☐College/vocational/technical resources		
☐School supplies	□Hygiene products/toi	☐ Hygiene products/toiletries		☐School transportation (if site provides)	
☐Medical/dental referral	☐Food resources	☐Food resources		□Other:	
☐Housing/shelter referral	☐Birth certificate	☐Birth certificate			
				-	
Staff Name & Signature:				Date:	





Language: Spanish