

Head Start Preschool--Lake Washington School 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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

¿Cuál es el idioma natal de este niño?	2 ^{do} idioma:
Este niño habla: <input type="checkbox"/> Solamente inglés <input type="checkbox"/> Mayormente inglés y otro idioma <input type="checkbox"/> Un poco de inglés, pero mayormente otro idioma <input type="checkbox"/> Tanto inglés como otro idioma, de igual manera (bilingüe) <input type="checkbox"/> Solamente otro idioma que no es el inglés	

¿Este niño es hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la raza de este niño? Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Africano/afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/nativo americano/indio americano <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP en el condado King o Pierce/Estado de Washington <input type="checkbox"/> Head Start Migrante/de Temporada en cualquier lugar del Estado de Washington <input type="checkbox"/> Apoyo Temprano para Bebés y Niños Pequeños (ESIT) o Cualquier Programa de Visita Domiciliaria de Birth to Three <input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP en otro condado 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño es el hermano de un niño inscrito actualmente en este sitio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? \$ <input type="checkbox"/> DSHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Tribu <input type="checkbox"/> Otro # de niños cubiertos por la cantidad del subsidio:
¿Este niño se encuentra bajo cuidado con parientes sin recibir un subsidio de cierta cantidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño fue adoptado después de haber estado bajo cuidado de acogida temporal o con parientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su familia ha recibido servicios de parte de CPS/FAR/ICW anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su familia cuenta actualmente con aprobación para la guardería a través de CPS o FAR? <input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas aprobadas a la semana? <input type="checkbox"/> No
¿A este niño se le ha solicitado que se retire de un programa de la Educación Temprana debido a problemas de conducta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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, Washington Apple Health/ProviderOne Seguro Privado Tribal Cobertura Médica Militar
¿Qué tipo?

¿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 afirmativa Washington Apple Health/ProviderOne Seguro Privado Tribal ABCD Cobertura Médica Militar
¿Qué tipo?

¿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/crónicas? (estas pueden incluir asma, cáncer, diabetes, convulsiones, hiperactividad, autismo, espina bífida, anemia drepanocítica o alergias mortales)

Sí – Por favor descríballo:

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,
menos de 37 semanas

Afectado por drogas/alcohol

Audición

Motricidad fina/ motricidad gruesa

Dolor/caries dentales/encías que sangran

Visión

Intolerancia alimenticia/dieta especial –

Describe:

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

Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

	Padre/Madre/Tutor 1	Padre/Madre/Tutor 2
¿Cuenta actualmente con empleo?	<input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Nombre & # de teléfono del empleador: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Por temporada	<input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo el viaje)? Nombre & # de teléfono del empleador: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> Por temporada
¿Se encuentra actualmente recibiendo capacitación laboral o estudiando?	<input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Nombre de la Escuela & carrera/meta: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – ¿Cuántas horas a la semana (incluyendo tiempo de clase, de estudio, de viaje)? Nombre de la Escuela & carrera/meta: <input type="checkbox"/> No
¿Se encuentra participando en una actividad aprobada por WorkFirst?	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí – Describa la actividad y la cantidad aprobada de horas por semana: <input type="checkbox"/> No
¿Está o ha estado en el servicio militar de EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses <input type="checkbox"/> Sí, veterano <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, miembro actual del servicio militar <input type="checkbox"/> Sí, actualmente desplazado o he estado desplazado en los 12 meses anteriores/ por un total de 19 meses <input type="checkbox"/> Sí, veterano <input type="checkbox"/> No

Inquietudes Familiares

Por favor marque todas las áreas dentro de su hogar que a usted/a su familia le preocupan:

<input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño es discapacitado o padece de una enfermedad crónica y: <input type="checkbox"/> No es capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar <input type="checkbox"/> Es un tanto capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar <input type="checkbox"/> Es en su mayoría capaz de participar en el trabajo/la escuela/la vida familiar	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental dentro del núcleo familiar/consejería, incluyendo depresión materna (el niño ha sido diagnosticado o el adulto está atravesando por ella) <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar (en el pasado o actualmente) <input type="checkbox"/> Problemas de drogas/alcohol o abuso de sustancias dentro del núcleo familiar <input type="checkbox"/> La familia se encuentra socialmente aislada, con una falta de contacto con otros total o parcial <input type="checkbox"/> Obtener o mantener un empleo	<input type="checkbox"/> Preocupaciones legales <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño es un trabajador migrante <input type="checkbox"/> Inmigrante/refugiado reciente (en los últimos 5 años) <input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño está en prisión <input type="checkbox"/> Pérdida de uno de los padres (muerte, abandono o deportación) <input type="checkbox"/> Las padres/tutores del niño se han divorciado o separado durante la vida del niño <input type="checkbox"/> Previamente sin hogar (en los pasados 12 meses) <input type="checkbox"/> Preocupaciones con la vivienda
<input type="checkbox"/> El padre/madre/tutor del niño tiene dificultades para aprender, no es discapacitado		

Solicitud para la Educación Temprana 2020-2021

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 En un motel En un carro, parque, sitio para acampar o en una ubicación similar Moviéndose de lugar en lugar/ de sillón en sillón
 Dueños En un refugio Vivienda de Transición En una residencia con instalaciones inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)
 En la casa o apartamento de alguien más, con otra familia: Otro – Por favor describa:
 ➤ 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?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 Educación 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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:			
<input type="checkbox"/> Child care resources	<input type="checkbox"/> Immunization/medical records	<input type="checkbox"/> Medicaid/DSHS services – Food stamps/TANF	
<input type="checkbox"/> Clothing resources	<input type="checkbox"/> Vision referral	<input type="checkbox"/> College/vocational/technical resources	
<input type="checkbox"/> School supplies	<input type="checkbox"/> Hygiene products/toiletries	<input type="checkbox"/> School transportation (if site provides)	
<input type="checkbox"/> Medical/dental referral	<input type="checkbox"/> Food resources	<input type="checkbox"/> Other: _____	
<input type="checkbox"/> Housing/shelter referral	<input type="checkbox"/> Birth certificate	_____	
Staff Name & Signature: _____			Date: _____

Por favor entregue por correo la aplicacion completada y los documentos requeridos:

Head Start Preschool

c/o LWSD Support Services

15212 NE 95th ST

Redmond, WA 98052

Si tiene preguntas llamar:

(425) 936-1170, opcion '2' para preescolar

Dejenos un mensaje con su numero de telefono y nosotros le llamaremos en cuanto sea posible.

